

Hvilken betydning har verdier i en helseinstitusjon?

**- med fokus på samhandlingen mellom
mellomleder og personal**



Annegrethe Nielsen

Mastergradsoppgave i Profesjonsetikk og diakoni

Universitetet i Oslo

Det teologiske fakultet

Veileder: dr. theol Ulla Schmidt

Høsten 2011

Forord

Jeg vil med dette få lov til å takke alle som på forskjellige måter har hjulpet meg med denne masteroppgaven. Jeg vil først og fremst takke veilederen min, dr. theol Ulla Schmidt for god veiledning og støtte, og for at hun har holdt ut med meg gjennom den lange prosessen før oppgaven ble ferdigstilt. Så vil jeg takke familie og venner som har oppmuntret og trodd på meg gjennom hele denne tiden. En spesiell takk til Elisabeth Solvang og Dag Abrahamsen for all oppmuntring, støtte og praktisk hjelp gjennom innspill og redigering av oppgaven. Videre en stor takk til Vigdis Amundsen som var observatør i fokusgruppene, korrekturleser og en god støtte underveis. Anne Marit Iversrud, Gjertrud Farnes, Liv O. Heimdal, Beate Horn og Jorunn Rørvik vil jeg også takke for korrekturlesning. Takk til min gode ”pc-venn” Hallgeir Strømsnes for nødvendig hjelp, når pc-en ”streiket”. Til slutt takk til Liv Berit Carlsen, ledende diakonisykepleier, som hjalp meg med å få innpass i forskningsfeltet på sykehuset og med praktisk tilrettelegging i forhold til gjennomføring av gruppeintervjuene.

Hilsen

Annegrethe



Å komme hverandre i møte
Om å berøre hverandre

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	6
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling	6
1.2	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	8
1.2.1	En verdikonflikt.....	9
1.2.2	Hvordan måle en eventuell realisering av verdiene?.....	10
1.2.3	Verdienes rolle i verdibasert ledelse	11
1.2.4	Problemstilling	12
1.2.5	Verdier som tema i ledelsessammenheng	14
1.2.6	Verdibegrepet – en inndeling	15
1.2.7	Den institusjonelle lederen - en verdibærer.....	18
1.3	Metode	19
1.3.1	Undersøkelsens gjennomførelse.....	19
1.3.2	Fordeler og ulemper ved fokusgruppeintervjuet	21
1.3.3	Reliabilitet, validitet - og etiske overveielser	24
1.3.4	Valg av felt - og selve utvelgelsen	25
1.3.5	Rammer for gruppeintervjuene - inndeling i fokusgrupper	27
1.3.6	Fokusgruppe 1	28
1.3.7	Fokusgruppe 2	29
1.3.8	Hva skjedde i intervjuene?	30
1.3.9	Kategorisering av datamaterialet.....	30
1.4	Relevant teori.....	30
1.5	Tidligere forskning på området	31
1.6	Oppgavens oppbygging og disposisjon	31
1.7	Avgrensning av oppgaven	32
2	Teori	33
2.1	Ledelse.....	33
2.1.1	Noen ledelsesteorier	34
2.1.2	Verdibasert ledelse	35
2.1.3	Hva er ledelse?	40
2.1.4	Kjennetegn ved organisasjonen og dens omgivelser.....	41
2.1.5	Kjennetegn ved den institusjonelle lederen.....	44
2.1.6	Kjennetegnet ved de som blir ledet – personalet.....	49

2.2	Etikkens og verdienes plass i omsorgsinstitusjoner.....	50
3	Presentasjon og analyse av materiale	55
3.1	Bakgrunnsinformasjon.....	55
3.2	Kategorisering av empirien.....	55
3.3	Hva er verdier?	56
3.4	Bevisstgjøring i forhold til kjerneverdiene	60
3.4.1	Kjerneverdien ”Respekt”	64
3.4.2	Kjerneverdien ”Rettferdighet”	69
3.4.3	Kjerneverdien ”Kvalitet”	72
3.4.4	Kjerneverdien ”Tjeneste”	76
3.4.5	Sykepleiernes syn på leders innstilling til organisasjonsverdiene.....	81
3.5	Utfordringer og konflikter mellom kjerneverdiene og verdiene i praksis	83
3.6	Analysens viktigste funn	86
4	Teoretisk drøfting	87
4.1	Verdienes uttrykk i praksis	87
4.1.1	Er verdier mer enn ”høytsevendende fine ord” og ”moteord”?	88
4.1.2	Verdier er refleksjon, bevissthet - og betydning	93
4.1.3	Verdier er felles verdier – eller individuelle verdier	96
4.1.4	”Verdier kan være forbunnet med en trosretning”	98
4.2	Verdibevissthet i forhold til kjerneverdiene	99
4.3	Hva er kjerneverdiene verdt i praksis?	102
4.3.1	Kjerneverdien ”Respekt”	105
4.3.2	Kjerneverdien ”Kvalitet”	111
4.3.3	Kjerneverdien ”Rettferdighet”	112
4.3.4	Kjerneverdien ”tjeneste”	115
4.3.5	Verdibevissthet innen ledelse og samarbeid	118
5	Konklusjon	126
6	Anvendelse	128
7	Sammendrag	129
	LITTERATURLISTE	130
	Vedlegg	134

1 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Tema for dette arbeidet er ledelse og etikk innenfor en helsefaglig kontekst.

Forståelsesrammen er verdibasert ledelse. Oppgaven vil omhandle ledelse på mikronivået, nærmere spesifisert på avdelingsplan i omsorgssektoren.

Oppgaven dreier seg om verdienes betydning i praksishverdagen, det vil si innen samhandlingen mellom avdelingsleder (enhetsleder) og klinisk utøvende sykepleiere på en sykehusavdeling. Hva er verdiene verdt i praksis? På hvilken måte kommer verdiene til uttrykk i en helseinstitusjon? Jeg vil undersøke problemområdet innen en diakonal helseinstitusjon der det styres etter en *tilsynelatende* verdibasert ledelsesstrategi.

”*Tilsynelatende*”, i den forstand det ikke eksplisitt er uttalt at en utfører verdibasert ledelse.

Organisasjonen opererer imidlertid tydelig med grunnleggende kjerneverdier. For sykehusets vedkommende er dette:

- **respekt**
- **kvalitet**
- **tjeneste**
- **rettferdighet**

Dette er verdier som sykehuset ønsker ”(...) skal være både det verdimessige utgangspunkt, inspirasjonskilde, prøvende instans og samtidig være formende for helsetjenesten som ytes og kvaliteten i arbeidet som utføres (...)”. Organisasjonen sier bl.a. i sin strategiplan (2006-2008) følgende: ”(...) skal utvikle og tilby helsetjenester preget av verdibevissthet, kvalitet og effektivitet (...)”. Institusjonen ønsker med andre ord å være både en verdibærer og verdiformidler.

Både sykehus og livssynsbaserte institusjoner beskrives ofte i litteraturen som *verditunge* organisasjoner. Med *verditung* menes at organisasjonen har profesjoner, eiere, historie, motivasjon eller eksistensgrunnlag som definerer seg selv, og organisasjonen motiveres vel så mye ut fra nøkkelverdier som f.eks. profitt. Det kan derfor være en mulig antakelse at en diakonal helseinstitusjon som jeg ser på her, er spesielt verditung, og at dens kjerneverdier har en viktig betydning. Da hele organisasjonen i dette tilfellet faktisk viser seg å ha definert et

sett med kjerneverdier som den ønsker skal være styrende, vil oppfølgingen av denne målstyringen gjelde også for ledelsen, organisasjonens ansikt innad og utad.

Her ønsker jeg å undersøke om det er samsvar mellom de verdiene og verdivalgene som ledelsen/mellomledere forsøker å uttrykke og de verdiene som de klinisk utøvende sykepleierne ”på gulvet” opplever i hverdagen. Et annet spørsmål jeg ønsker å diskutere er om det er samsvar mellom det en leder sier og det denne gjør.

Da ledelse er et sosialt viktig fenomen som berører mange arbeidstakere foruten lederen selv, opplever jeg som utøvende sykepleier og tidligere leder selv, det som interessant å sette søkelys på dette begrepet – og på utøvelsen av ledelse i helsevesenet. Jeg velger å belyse forskjellige sider av ledelse i denne oppgaven, med fokus på den relasjonelle siden, dvs. på samarbeidet mellom leder og medarbeider. Fordi jeg mener at verdier, og verditenkning generelt, er et viktig tema i alle omsorgs- og samhandlingssituasjoner og i tillegg et tilsynelatende lite fokusert tema mellom leder og medarbeider i helsevesenet. Jeg ønsker derfor å løfte frem denne tematikken.

Da jeg mener at det også vil være viktig å avdekke *hvilke* verdier – og på *hvilken måte* verdier kommer til uttrykk i en helseinstitusjon, med henblikk på samarbeidet mellom leder og ansatt, ønsker jeg å gå inn og registrere - og undersøke dette. Det er i liten grad foretatt undersøkelser på dette området.

Begrepet *ledelse* er ikke entydig, men et begrep som blir mer tydelig når vi fyller det med innhold ved bruk. Ikke før på første halvdel av det 19. århundre hadde man noe eget begrep for å beskrive det vi i dag kaller ledelse. Begrepet ”leadership” ble fra da av brukt for å beskrive innflytelse og kontroll (Bass, 1990 i: Skogstad & Einarsen 2008). Begrepet *leder* er en fornorskning av det engelske ordet ”leader”, som igjen er avledet av ”lode-star” som betyr *ledestjerne* (Bjørvik & Haukedal, 2001 i: *ibid*). Dette viser til viktige sider ved ledelse: å inspirere og vise vei mot målet. Ordet *ledelse* brukes om personer som utøver ledelse og om de aktiviteter de utøver i kraft av å være ledere (Strand 2001: 17).

Én av flere grunner til at ledere bør fokusere på etikk og verdier, er at ledelse innebærer å ta beslutninger og løse problemer som involverer verdivalg (Begley (red.) 1999: 4).

I velferdsorganisasjoner dreier det seg ikke bare om *hva* som gjøres, men også om *hvordan* det gjøres. Prosesser og relasjoner er ofte like viktig som den faktiske innsatsen eller

tjenesteproduksjonen. Ikke alltid er klienter/pasienter, ledere og medarbeidere enige om hva som er god behandling - eller god personalomsorg. Blant annet kan verdiene ”respekt” og ”kvalitet” stå i et motsetningsforhold til ”resultater” og ”økonomi”. I utgangspunktet synes disse faktorene å måtte leve side om side, samtidig som de også synes å være motsatser til hverandre. Følgelig kan disse skape ulike etiske dilemmaer - og gjøre det vanskelig for en mellomleder å ta de ”rette” valgene. Det stilles store krav til ledere og mellomledere innen helseinstitusjoner om at de må lede på en etisk forsvarlig måte. Konkret vil dette si at de skal håndtere bruken av makt, fylle sin lederrolle og opptre på en måte som er tilpasset enhver aktuell situasjon, på en etisk og faglig forsvarlig måte. De bør for eksempel være lydhøre og fange opp både omverdenens og de ansattes signaler, og ta initiativ, motivere og handle ut ifra gitte verdier. Dette til beste for både organisasjonen og personalet.

En ledelsesfilosofi- og form som verdibasert ledelse (VBL) tar nettopp utgangspunkt i at bevisstgjøring av *kjerneverdiene* i organisasjonen er et hovedvirkemiddel for styring av virksomheten. Følgelig vil verdier spille en stor rolle i en slik organisasjonsmodell. Verdiene beskriver her det grunnleggende fokus ledelsen ønsker virksomheten skal ha. Det vil konkret si at en organisasjons kjerneverdier skal tjene som veiviser for den enkelte ansatte i daglige prioriteringer og valg som gjøres. Gjennom ulike prosesser og tiltak søker man å skape og vedlikeholde en høy bevissthet om kjerneverdiene i hele organisasjonen. Kjerneverdiene er virksomhetens verdiplattform i verdibasert ledelse.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Bakgrunnen for valg av tema og problemstilling springer ut ifra to felt. For det første er min problemstilling forankret i en omsorgspraksis i helsevesenet som bygger på etikk og synlige verdier. Alle helseinstitusjoner ønsker å stå frem med visse verdier som skal prege tjenesten de yter. Hvordan er det da disse spesifikke verdiene materialiseres i praksis? For det andre har min problemstilling en teoretisk forankring i forhold til ledelsesteori generelt – og til feltet verdibasert ledelse spesielt.

Jeg har lenge vært spørrende til hvilken plass og betydning etikk og ”verditenkning” har i den praktiske hverdagen ved en travel sykehusavdeling der mellommenneskelig samhandling, økonomistyring, effektivitet og kvalitetstenkning styrer og preger mye av praksisutøvelsen.

Her settes kanskje ”de mykere verdiene” i omsorgs- og samhandlingssituasjoner på spill og nedprioriteres til fordel for andre verdier. Denne komplekse konteksten der forskjellige verdier og verdikonflikter lever side om side motiverer meg til å analysere, avdekke og vise til konkrete verdier som påvirker og er på spill i dagens helsevesen. Spesielt innenfor helseorganisasjoner som opererer med verdibasert ledelse kan vi spørre: Hvilken rolle spiller verdier her? Hvilke verdier har forrang – og hvorfor? På hvilken måte merker lederne og de kliniske sykepleierne verdienes påvirkning, under samhandlingen, i sin arbeidsdag?

Jeg har valgt å ha følgende arbeidsdefinisjon med meg gjennom prosjektet: Verdier er ”*Goder vi ønsker å realisere*”.

1.2.1 En verdikonflikt

I en tid preget av innføringen av New Public Managements (NPM) ledelsesstrategi i helsevesenet, med bl.a. fokus på rasjonalisering, effektivitet, økonomisk resultatstyring og kvalitetssikring, mener jeg det vil være viktig å diskutere hvilke verdier som er fremtredende og rådende innen helsesektoren i dag - og hvilke verdier helsepersonell ønsker skal være rådende. Med de nyere ledelsesmodellene i dagens helsevesen mener jeg det kan være visse verdier som settes på spill. For eksempel kan det diskuteres i hvilken grad verdier som god pasientomsorg og kvalitet, god personalomsorg, respekt og etisk forsvarlig behandling og samhandling kan ivaretas innenfor rammen av NPM. Dette kan eksempelvis illustreres ved at en avdeling (grunnet kostnadsbesparinger) ikke prioriterer å skaffe ”fastvakt” hele tiden der det ligger døende pasienter.

En mellomleder i dagens helsevesen, som i stor grad vil være preget av *management* -tenkningen med rasjonalisering og effektivisering av måloppnåelse, står ifølge dr.philos. Erik O. Eriksen overfor to store utfordringer. Lederen skal både realisere målene effektivt men også realisere dem på *en riktig måte*. Det vil si at saksbehandlingen skal være i overensstemmelse med normene for likebehandling, nøytralitet, rettssikkerhet, offentlighet og lignende (Eriksen (2000):16). Som mellomleder innen omsorgssektoren vil man møte økende forventninger og krav om effektivisering, desentralisering, trange budsjettammer og økende kvalitetssikring, bl.a. innenfor behandlingen av pasientene og den daglige driften. Lederen må også realisere målene bl.a. overfor personalet på en *faglig og etisk forsvarlig* måte (jf.

Sykepleieetiske retningslinjer § 4 - og arbeidssstedets etiske retningslinjer). Lederen har en legitim makt til å styre og lede den daglige driften på avdelingen og har ansvaret for at personalet er i stand til å oppfylle organisasjonens mål og verdier.

Torodd Strand, professor i administrasjon og organisasjonsvitenskap, skriver om den komplekse situasjonen som mange mellomledere innen helse- og omsorgstjenesten i dag opplever. Her ligger det tydeligvis store dilemmaer/konflikter som en leder må håndtere:

Typisk vil en i helsevesenet finne faglige ledere fanget mellom ledelsens krav til kostnadsbesparing og innsats på spesielle områder og de profesjonelle ansattes krav om selvbestemmelse og faglige vurderinger av prioriteringer. Samtidig føler en presset fra stadig mer informerte og kunnskapsrike pasient- og brukergrupper. (Strand:387).

Det er i denne konteksten jeg mener at en mellomleder lett vil bli fanget opp av de formelle kravene og prioriteringer i forhold til økonomi, effektivitet og kvalitetssikring. De mykere ”omsorgs- verdiene” som implisitt ligger i sykepleietenkningen og – yrket vil da komme i skyggen, i den travle hverdagen. Det dreier seg her om viktige verdikonflikter som en mellomleder må håndtere.

Ledelse er et relasjonelt begrep som forutsetter et gjensidig samarbeid mellom leder og medarbeider. Lederen er på en måte en lagspiller som skal legge til rette for at de ansatte opplever en følelse av trygghet, tillit, åpenhet og respekt. Disse følelsene må skapes og utvikles. Psykolog Lars Glasø belyser bl.a. dette: ”Når et lag ikke fungerer og konfliktene råder, ser vi enda klarere hvilken innflytelse følelsene kan ha på den enkelte og på samarbeidsklimaet i laget. Effektiv lagbygging stiller med andre ord høye krav til lederens emosjonelle kompetanse” (Glasø: ”Emosjoner i organisasjoner og ledelse i Skogstad (red.) 2002). Denne innfallsvinklingen, med fokus på viktigheten av det relasjonelle og emosjonelle aspektet, viser til verdier av en helt annen sort enn de verdiene som det fokuseres på i management -tenkningen.

1.2.2 Hvordan måle en eventuell realisering av verdiene?

Verdier er lite konkrete og vanskelige å definere. Selv i praksisfeltet, i helsesektoren, kan mange synes at organisasjonens verdier er ”litt svevende” og diffuse å forholde seg til. Kanskje nettopp på grunn av verdienes lite konkrete uttrykk og mangel på tydelighet, i den travle hverdagen, kan verdiene være vanskelige å gjenkjenne og forholde seg til. Kan man, og

evt. på hvilken måte, finne ut og måle om de ønskede målene og verdiene nedfelles i praksis? I forbindelse med resultatmålinger og kvalitetssikring blir det ofte foretatt kvalitetsundersøkelser, både på statlig og kommunalt plan, og internt i helseinstitusjonene. Her blir både eksterne og interne kvalitetssikringsmål undersøkt og målt, f.eks. pasienters/kunders opplevelse av kvalitet og omsorg i helsevesenet. Det foretas også i noen grad medarbeiderundersøkelser vedrørende arbeidsmiljø m.m. Dette kan man si handler om måling av visse verdiers nedslagskraft i praksis.

1.2.3 Verdienes rolle i verdibasert ledelse

Man kan ikke snakke om verdibasert ledelse hvis ikke organisasjonen har et hovedfokus på verdier. Med en slik organisasjonsform forventes det at ledelsen kommuniserer og peker mot visjoner og verdier som gir organisasjonen og medarbeiderne mening, samtidig som den bygger på dialog og gjensidig respekt. Tilsynelatende vil en slik ledelsesform i stor grad kunne representere verdier til beste for organisasjonen, personalet og pasientene. Innen en institusjon med verdibasert ledelsesstrategi kan en forvente at alle med lederansvar har organisasjonens visjon og dens nøkkel- eller kjerneverdier med seg som sentrale styringsverktøy i arbeidsdagen. Med virksomhetens kjerneverdier som styringsverktøy vil lederen bli en veiviser og rollemodell i forhold til operasjonalisering av organisasjonens verdier i praksis. I forhold til de ansatte på avdelingsplan vil verdier tre frem på forskjellig måte, også med bakgrunn i hvilke verdier ledelsen avspeiler. Implisitt i alle samarbeidsforhold og relasjoner ligger verdier som til dels er usynlige, men som styrer våre holdninger og handlinger. Da både leder og arbeidstaker er bærere av verdier, er det viktig å være seg bevisst hvilke verdier en bærer med seg og videreformidler. Sykepleiere kan være ganske bevisste sine yrkesetiske retningslinjer og verdier i forhold til pasienten i omsorgsarbeidet de utfører. Men er de like bevisste når det gjelder sine yrkesetiske retningslinjer og verdier sett i forhold til leder og kolleger? Min erfaring er at etikkens og verdienes betydning i liten grad er tematisert i relasjonen mellom leder og medarbeider på avdelingsplan.

Hvorvidt det ligger verdier implisitt mellom leder og arbeidstaker, og i så fall hvilke, virker lite åpent debattert. Nettopp fordi jeg mener at det fokuseres lite på spenningsfeltet *etikk og rådende verdier mellom leder og ansatt* ute i praksisfeltet, ønsker jeg å undersøke dette nærmere. Dette dreier seg om verdienes nedslagsfelt og nedslagskraft i praksis, ikke bare i

forhold til pasienten men også mellom leder og medarbeidere. De ansatte skal videreformidle både organisasjonens og egne yrkesetiske verdier. I mitt aktuelle undersøkelsesfelt blir det derfor interessant å undersøke hvilke verdier som kommer til uttrykk – og i hvilken grad disse verdier tydeliggjøres innen et sykehus med verdibasert ledelsesdrift.

Min motivasjon og begrunnelse for å gjennomføre denne studien er at jeg som utøvende sykepleier gjennom flere år har vært opptatt av etikkens og verdienes plass i sykepleiefaget og innen den utøvende praksis, bl.a. blant ledere og kliniske sykepleiere. Spesifikt har jeg de siste to årene fått en økende interesse for den relasjonelle vinklingen innen ledelse og godt samarbeid. Det er en grunnleggende nysgjerrighet til hvordan en kan lede mennesker i skapende utviklingsprosesser og i samarbeidet mot felles mål (og verdiene bak) som ligger til grunn for mitt arbeid. Jeg har ofte stilt meg selv følgende spørsmål: Hvilken betydning har verdier i helse- og omsorgssektoren? Hvilke verdier råder? Hvor verdibevisste er vi i vårt daglige arbeid? Er verdibasert ledelse bare pynt og fin retorikk - eller er det god praksis, i hverdagen på en helseinstitusjon? Hvordan kan dette synliggjøres og eventuelt måles?

Temaet vil bli behandlet gjennom en empirisk undersøkelse av hvilken forståelse mellomledere og kliniske sykepleiere har av verdier, og hvordan denne forståelsen kommer til uttrykk i praksis. Praksis skaper en egen ramme og nedslagsfelt for verdier.

Materialet fra empirien vil jeg bruke til å diskutere etikk- og verdidimensjonen innenfor ledelsespraksis og i den foreliggende ledelses- og etikk-literatur.

1.2.4 Problemstilling

Problemstillingen blir som følger:

Hvilken betydning har verdier i en helseinstitusjon? - med fokus på samhandlingen mellom mellomleder og personal.

Viktige del - problemstillinger i denne sammenheng blir:

Hvilken forståelse av ledelse og verdier har mellomledere - og hvordan kommer denne til uttrykk i praksis?

Hvilken forståelse av ledelse og verdier har kliniske sykepleiere - og hvordan kommer denne til uttrykk i praksis?

Hvordan vurderer lederne og de kliniske sykepleierne hensynet til henholdsvis organisasjonens verdier og effektivitetsperspektivet som i stor grad rår innen offentlig helsevesen i dag?

Hvordan kan verdier synliggjøres gjennom sosiale relasjoner (samhandling) på en avdeling?

Min hypotese er at organisasjonens kjerneverdier påvirker samarbeidsrelasjonen i de operative enhetene, til ledere og sykepleiere imellom, slik det er nedfelt i sykehusets målsetting¹.

Ledelseslitteraturen sier en del om viktigheten av fokus på etikk og verdier, både i forhold til resultatene som organisasjonen skal oppnå og i forhold til relasjonene til ansatte.

Faglitteraturen innen helse-, sosial- og omsorgsyrkene påpeker noe av det samme i forhold til kvaliteten og resultatene vedrørende klientene og pasientene. Men det synes som om det er mindre fokus på etikken og verdiene som ”rår” fagfolkene imellom, i selve praksisfeltet.

Formålet med oppgaven er å belyse verdienes ”forekomst” i relasjonsforholdet mellom mellomleder og sykepleier, i lys av teorier for god ledelse og godt samarbeid.

Begrepene *leder*, *mellomleder* og *enhetsleder* brukes i denne oppgaven som synonymer. Likeledes er det med begrepet *klinisk utøvende sykepleier* og *klinisk sykepleier* som for enkelthet skyld ofte benevnes som *sykepleier* i oppgaven.

¹ I sykehusets målsetting heter det bl.a. at ”Sykehuset skal opprettholde og utvikle kvaliteten (på pasientbehandlingen) gjennom (...) og ”en verdiforankret personalpolitikk”.

1.2.5 Verdier som tema i ledelsessammenheng

Fordi begrepene ”verdier” og ”ledelse” er sentrale begrep i studien, redegjør jeg innledningsvis for dem her. Jeg presenterer først begrepet ”ledelse”, da denne bakgrunnen synes aktuell å diskutere *verdi* -spørsmålet opp mot.

Ordet ”ledelse” brukes om personer som utøver ledelse og de aktivitetene disse utøver i egenskap av ledere (Strand 2001). Ledelse er et omfattende og utfordrende begrep å definere og avgrense. Innledningsvis velger jeg å beskrive ledelse slik: ”Å lede er å gi retning eller å indikere en utvikling” (Sørhaug 1996: 57). Ledelse finner sted innen en organisasjon. Ifølge Tormod Strand får ledelse mening og virkning avhengig av hva slags kontekst (f.eks. organisasjon og kultur) den inngår i (Strand 2007: 25). Dypest sett kan vi si at ledelse handler om relasjoner mellom mennesker, noe som også Sørhaug påpeker (Sørhaug 2004:16). Vi er interessert i hvordan man ”får noen til å gjøre noe” (ibid 2004:16). Denne tenkningen rundt ledelse som sosialantropologen Tian Sørhaug her presenterer, finner jeg meningsbærende og ønsker å benytte som grunnlagstenkning i forhold til å diskutere ledelse og samarbeid ut ifra.

En spesiell form for ledelsesteori, som jeg fokuserer på i denne studien er *verdibasert ledelse*. Det er en tenkning som spesielt fokuserer på organisasjonens nøkkelverdier, åpen dialog med ansatte - og det å skape mening i organisasjonen i forhold til verdiene. ”Verdibasert ledelse” kan føres tilbake til *institusjonell ledelsesteori* ved Philip Selznick og boken hans *Leadership in administration* (fra 1957). Her dreier det seg, ifølge Selznick, om at ledelse først og fremst er å skape et felles verdigrunnlag i organisasjonen. Når organisasjonen går over fra å være *organisasjon* til å bli *institusjon* foregår det en verdi-innpodning, og målsettingen går da utover det å være instrumentell og hensiktsmessig. Ledelse vil derfor være å velge noen nøkkelverdier og dernest skape en sosial struktur som bygger opp rundt dem. Det som Selznick vil kalle ”institusjonelt lederskap” er derfor en type lederskap som velger ut viktige verdier som både er tilpasset organisasjonen internt, med meningsfulle og viktige verdier for de ansatte, og eksternt - med organisasjonens sosiale omgivelser. Eller sagt på annen måte ifølge Dag I. Jacobsen og Jan Thorsvik (2001):

Poenget er at organisasjonen må gjøres til noe annet og noe mer enn bare et virkemiddel eller et slags instrument for ledere og eiere (...). Ved å skape spesielle følelser for en organisasjon, vil man skape et spesielt engasjement og en spesiell interesse for å opprettholde organisasjonen (Jacobsen/Thorsvik: 399).

Innen nyere ledelseslitteratur kalles denne formen for ledelse *verdibasert ledelse* eller *transformasjonsledelse*. Organisasjonens overordnede verdier kalles i denne sammenheng ofte for *kjerneverdier*.

I økende grad - også i ledelsessammenheng - settes fokus på nettopp verdiene i fellesskapet, på menneskene i organisasjonen. Verdiskaping, som i utgangspunktet kun hadde et økonomisk fokus og omfattet de kvantitative verdiene, har de senere årene også kommet til å omfatte de kvalitative verdiene (f.eks. "fellesskapsverdiene"). Derfor synes det relevant å nevne at det bl.a. i den statlige Verdikommisjonens tekster ("Midtveisrapport", "Verdier – fellesskap og mangfold" (fra 1999) - og "Sluttrapport" (2001) oppfordres til å ha fokus på verdier og verdibevissthet både individuelt - og i det mellommenneskelige fellesskapet:

"Verdier er identitetsbærende. Det er bl.a. gjennom våre verdier at vi kjenner oss selv, og det er ved hjelp av våre verdier at vi forteller andre hvem vi er og ønsker å være". (Verdiene er)
"uløselig knyttet til selvoppfatning, selvforståelse og identitet" (13) i Asheim 2005: 50).

Og sagt med henblikk på samfunnet og fellesskapet: "En verdi er forhold som er viktige for at vi kan ha gode mellommenneskelige fellesskap som vi ønsker å bygge våre liv og samfunn på" (*Sluttrapport 2001, Verdikommisjonen*).

Verdier er i seg selv ikke konkrete og på mange måter vanskelige å definere, fordi det ikke finnes noe fasitsvar på hva verdi/verdier er for den enkelte eller samfunnet. Men verdier kan bli mer konkrete når de får et spesifikt innhold, eksempelvis *fellesverdiene* eller *allmennmoraliske verdier* (jf. kp 1.2.6 og kp 3 og 4).

Verdier kan være både eksplisitt formulerte - og implisitte (skjulte) verdier. Uansett om det er snakk om tydelige eller skjulte verdier, er de alltid med på å styre handlingene våre. Derfor er verdier viktige.

1.2.6 Verdibegrepet – en inndeling

For å tydeliggjøre hvordan verdibegrepet kan defineres og brukes i forskjellige sammenhenger velger jeg å analysere verdibegrepet ut ifra to vinklinger:

- 1) Ut ifra *hvilket innhold vi fyller i verdibegrepet – eller hvilken type verdier det dreier seg om.*

- 2) Ut ifra følgende 3 kategorier *individuelle verdier*, *felles verdier* og *objektive verdier*.

Verdibegrepet – en inndeling etter innhold

Økonomiske verdier

Opprinnelig stammer verdibegrepet fra den økonomiske sektor som har fokuset på kvantitative verdier. Begrepet kan defineres som: Den pris en vare kan oppnå på markedet på et gitt tidspunkt (www.caplex.no).

Filologiske verdier

I studie- og forskningsøyemed brukes ”filologiske verdier”. I vår tid er det den samfunnsvitenskapelige tradisjonen som i hovedsak synes å prege uttryksmåtene i definisjonen av ”verdi”. Denne tradisjonen er preget av å ha en individsentrert tilnærming og å være forskerdefinert. Man spør etter individers moral/verdier og den subjektive mening – og forskeren definerer da selv hva en ”verdi” er.

Psykologiske verdier

Fra en psykologisk innfallsvinkel kan begrepet *verdi* defineres som ”*Værdi-sættelse*” (da.): ”*Grundlæggende stillingtagen til noget der er af betydning for en persons følelsesreaktioner, livs- og samfundsopfattelse samt handlinger*” (Nyt psykologisk Leksikon, (da.):1994, oversatt fra svensk: ”*Psykologilexikon*”).

”Verdier” og ”holdning” ligger tett forbundet. Psykologisk sett kan man skille begrepene ved at *holdninger* er en handlingsdisposisjon, der en person har en underliggende tendens til å *handle, føle og oppleve* saksforhold på en bestemt måte. Holdninger kan være enten negative eller positive. *Verdier* oppfattes her som *en positiv orientering i forhold til ønskeverdige tilstander* (Helstrup et al., 1977 og Cooke & Slack, 1991 i Andersen 1995: 189-190).

Estetiske verdier

Estetikk er læren om det skjønnne i kunsten. Estetikk handler om overflaten – den som blir sett og hørt. Her dreier det seg om verdier som verdsetter det skjønnne eller smakfulle i verden

rundt oss. Estetikk handler om det synlige uttrykket for indre verdier.

Etiske verdier

Verdibegrepet overtas på attenhundretallet av etikken som kritisk dreier fokuset over i kvalitativ retning. Professor i religionspedagogikk og etikk Ivar Asheim (2005:28) påpeker hvordan et i utgangspunktet økonomisk-kvantitativt verdibegrep "(...) utvikles inn i det kvalitative hvor det bl.a. får estetiske og etiske dimensjoner (...) og at når det etiske aspektet skal klargjøres, er det *holdningsbegrepet* man griper til".

Fra verdietikkens synsvinkel kommer kritikken mot den samfunnsvitenskapelige tradisjonen: at denne ikke opptatt av mellommenneskelige relasjoner og ikke forteller hvordan verdibegrepet brukes i allmennmoralen, og hvilken betydning ordet "verdi" har her (ibid:16). Ifølge Knut Erik Tranøy er *allmennmoralen*: "det sett av verdier, normer og dyder – og de tilsvarende praksiser og institusjoner – som har bred aksept og er internalisert og respektert i en gitt kultur til en viss tid". ("Det åpne sinn" 1998: 106 f. i Asheim 2005:21).

Verdibegrepet – en inndeling etter kategori

De individuelle verdiene

"Individuelle verdier" dreier seg om den enkelte persons private verdier, menneskesyn etc. Disse verdiene kan være "fellesskapsverdier" som er allment aksepterte, men trenger ikke å være det. Det kan for eksempel også handle om mer ekstreme verdier, som f.eks. de nazistiske verdiene. De individuelle verdiene kan være både synlige og usynlige; de sistnevnte kan kanskje være vanskelig å avdekke.

Felles verdier

Det finnes en grunntanke i dagens samfunn (allmennmoralen) om at vi mennesker bør leve i forhold til visse navngitte og tydelige verdier, f.eks.: ærlighet, ansvarlighet, bevissthet og målrettethet. Allmennmoralen kan sidestilles med tanken om "fellesskapsverdier" fra den samfunnsvitenskapelige tradisjonen, der man sier at en felles verdiorientering er viktig for å utvikle samfunnet til fellesskapets beste. Andre felles verdier kan bl.a. være profesjonenes yrkesetiske retningslinjer, f.eks. sykepleiernes faglig etiske retningslinjer som forplikter profesjonen å handle etter visse gitte verdier.

Objektive verdier

Her kan det for eksempel være tale om ”Menneskerettighetene” (FNs menneskerettighetserklæring fra 1948).

I ovenstående inndeling av ”verdi -begrepet” har jeg benyttet meg av en skjematisk måte å katalogisere verdibegrepet innenfor. Formålet er å få en ramme å analysere datamaterialet om verdier innenfor.

Ovennevnte verdi -kategorier kan også ses i relasjon til verdibasert ledelse. Aktualisert til dette verdibaserte sykehuset kan man gå ut ifra at følgende verdier sannsynligvis vil ha en høy prioritet: *psykologiske verdier, estetiske verdier, etiske verdier, individuelle - og felles verdier*. I tillegg vil *økonomiske verdier* også i stor grad spille inn.

1.2.7 Den institusjonelle lederen - en verdibærer

Et særtrekk ved verdibasert ledelse er lederens spesielle rolle i form av å være verdibærer for institusjonens kjerneverdier. *”Lederen er først og fremst en ekspert i å formulere, fremme og beskytte verdier”* (Jacobsen/Thorsvik 2006: 401).

Når det gjelder organisasjonens verdiarbeid kan vi spørre: *Gjør lederen som organisasjonen sier den vil gjøre?* Det er lederens og den ansattes lojalitet, respekt og evne til å etterleve det som er besluttet, som avgjør den reelle verdikvalitet i praksis. En leder tilhører et samfunn og en organisasjon og vil alltid representere det verdisynet som denne verdenen består av. En leder er ”verdibærer” i møte med personalet. Som rollemodell kan lederen til en viss grad påvirke den enkelte ansatte til selv å møte andre rundt seg på liknende måte (jf. bedriftskultur). Som leder og ”lagspiller” er lederen avhengig av relasjonene til de ansatte. En leder kan ikke lede og skape resultater alene. ”No man is an Island” (John Donne, f. 1572-1631). Det vil si at mennesket først og fremst er et sosialt vesen – et ”homo socius”. Det betyr at vi forstår oss selv og verden, og hva som er riktig og galt, gjennom møter med andre mennesker. Da verdier tydeligvis spiller så stor rolle i verdibasert ledelse, kan man kanskje forvente samsvar mellom ord og handling. I boken ”Hvordan organisasjoner fungerer” sies følgende:

”Ideen om institusjonelt lederskap er et viktig bidrag til ledelseslitteraturen fordi den knytter ledelse til begreper som verdier og normer, legitimitet og tillit. En institusjonell leder er først og fremst en ekspert i å formulere, fremme og beskytte verdier” (Jacobsen og Thorsvik, 2006:401).

1.3 Metode

Temaet ”verdier i praksis” vil først og fremst bli behandlet gjennom en empirisk undersøkelse av hvordan ledere og klinisk utøvende sykepleiere forstår organisasjonens, lederens og egne verdier - og hvordan dette kommer til uttrykk i praksis. Videre vil innsikter fra litteraturen være viktige bidrag til analysen av empirien. Dette materialet vil jeg bruke til å diskutere ”verdier i praksis”.

1.3.1 Undersøkelsens gjennomførelse

Med bakgrunn i problemstillingen min *”Hvilken betydning verdier har i en helseinstitusjon? - med fokus på relasjonen mellom mellomleder og personal”*, sto jeg overfor flere utfordringer under utførelsen av undersøkelsen. For det første måtte jeg velge hvilket metodisk opplegg som var best egnet til å belyse problemstillingen – og hvilken fremgangsmåte som var overkommelig ut ifra tid og midler jeg hadde til rådighet i undersøkelsesperioden (2007-2008). For det andre måtte jeg vinne innpass hos en aktuell helseinstitusjon der jeg kunne få hjelp til å finne aktuelle informanter til undersøkelsen min, dvs. mellomledere og kliniske sykepleiere.

1.3.1.1 Valg av metode

Studien er en empirisk kvalitativ undersøkelse. Denne tilnærmingen ble valgt fordi jeg ønsket å få frem egenskaper og kvaliteter ved fenomener innenfor verdibasert ledelse og verdier i praksis. Jeg ønsket å nærme meg mine spørsmål gjennom bl.a. å studere praksisfeltet. I boken *Det kvalitative forskningsintervju* (1998) kaller forfatter Steinar Kvale måten man arbeider på innen den kvalitative undersøkelsesmetoden for *en reise*. Man arbeider med innsamling av data over tid og nye data kommer til underveis.

For å undersøke området *ledelse, samarbeid og verdier* vil jeg benytte meg av en spesiell metode innen kvalitativ forskningsmetode, en ”fokusgruppe”-undersøkelse. Dette er et uformelt gruppeintervju som ledes av en møteleder. Gruppediskusjonen gir innsikt i folks følelser, holdninger og forståelse av virkeligheten. ”Metoden er hensiktsmessig når formålet med undersøkelsen er å fremskaffe informasjon om hva folk tenker om ulike forhold” (Nøtnæs 2001:3).

Kjennetegn på fokusgrupper

Det er seks forhold som ifølge Krueger (1994) kjennetegner fokusgrupper. Det er:

- 1) Størrelsen på gruppen (6-8 pers.)
- 2) Gjennomføres i serier
- 3) Deltakerne har bestemte kjennetegn (homogen gruppe og ukjente for hverandre)
- 4) Gruppen produserer data
- 5) Kvalitativ metode
- 6) En fokusert diskusjon

(Krueger (1994) i Nøtnæs (2001): 4)

Gruppeintervjuet anvendes ofte innenfor markedsundersøkelser, men metoden har også i økende grad blitt brukt innenfor samfunnsforskningen de siste 10 årene.

David Morgan (1997) mener at man ved bruk av fokusgruppe, dvs. med en gruppedeltakelse, vil produsere data og innsikt som ellers ville bli mindre mulig om ikke man hadde interaksjonen i gruppen. Ellers sier han at påliteligheten fås ved å ha en interaksjon med gruppen, men at intervjueren må ha en moderatorrolle i forhold til gruppen. Imidlertid påpeker S. Kvale (1998) at samspillet i ”fokusgruppen”, mellom intervjupersonene, ofte vil lede til spontane og følelsesmessige uttalelser om det emnet som diskuteres og at dette vil medføre visse utfordringer. Dette vil, ifølge Kvale, minske intervjuerens kontroll over intervjusituasjonen, og prisen kan bl.a. bli en relativt kaotisk datainnsamling og vanskeligheter med systematisk å analysere alle utsagn som krysser hverandre. Ulike grupper av intervjupersoner vil også kreve ulike intervjumetoder. Intervjuer med eliter kan f.eks. gi problemer med å få innpass hos intervjupersonene, eller innebære manglende kunnskap om emnet for at man kan føre en samtale (Kvale: 97).

Grunnen til at jeg valgte denne metoden er at jeg mente at denne typen forskningsmetode ville gi meg tilstrekkelige og utdypende svar på spørsmålene mine. Blant annet forventet jeg å få mer spontane ytringer grunnet en livfull mellommenneskelig dynamikk i gruppen.

Ellers fikk jeg vite av profesjonelle yrkesutøvere at denne form for gruppeintervju ville egne seg bra i forhold til temaet mitt innenfor en omsorgsinstitusjon. Jeg forventet jeg å få god innpass hos de aktuelle intervjupersonene i forskningsfeltet, da jeg selv (via lengre arbeidserfaring i helsevesenet) hadde en del kunnskap om tematikken.

1.3.2 Fordeler og ulemper ved fokusgruppeintervjuet

Utfordringene ved valg av fokusgruppeintervju kan være flere. I følge Mogens Kjær Jensen (1991) og Richard Krueger (1994) vil man ha flere både *fordeler* og *ulemper* ved et gruppeintervju.

1.3.2.1 Fordeler

Kjente fordeler er, ifølge Jensen (1991) og Krueger (1994) følgende:

Først og fremst kan man samtale med flere informanter på en gang og følgelig med mindre omkostninger få raskere tilgang til flere data. Videre vil man kunne oppleve at gruppeintervjuet blir et slags ”drivhus” der gruppen sammen skaper kreative synspunkter i interaksjon med hverandre. Den enkelte vil måtte skjerpe synspunktet sitt i samvær og konfrontasjon med andre, noe som tydeliggjør budskapet for forskeren. En annen fordel er at gruppeintervjuet er velegnet (...) ”når det drejer sig om at producere noget nyt, nogle nye ideer”. Her er ”brainstorm”-teknikken et eksempel på dette (Jensen 1991: 93ff). Ifølge Krueger fins følgende fordeler med bruk av fokusgruppe som datainnsamlingsmetode:

1. **Fokusgrupper åpner for muligheten til å oppdage uforutsette forhold.** Med gruppens ustrukturerte form kan det oppdages uforutsette forhold. Ny kunnskap produseres når gruppeleder stiller spontane oppfølgingsspørsmål til overraskende uttalelser fra deltakerne.
2. **Fokusgrupper er en billig forskningsmetode.** Kostnadene er små med å arrangere en fokusgruppe sett i sammenligning med hva man får igjen av nyttig informasjon.

3. **Resultatene av fokusgrupper kan foreligge rask.** Det tar kort tid å planlegge, gjennomføre og presentere resultatene av en fokusgruppe sett i forhold til andre observasjons- og intervjuundersøkelser.
4. **Utvalgsstørrelsen kan økes uten særlig konsekvenser for tidsbruk og kostnader.** Fokusgrupper gjør det mulig å øke utvalgsstørrelsen i kvalitative intervju uten at det tar nevneverdig mer tid og påbeløper flere kostnader (ibid (1994) i Nøtnæs (2001): 5)

1.3.2.2 Ulemper

Kjente ulemper er, ifølge Krueger (1994), følgende:

1. **Intervjuer har mindre kontroll over samtalene i fokusgrupper enn i individuelle intervjuer.**
2. **Data fra fokusgrupper kan være vanskelig å tolke.** Grunnet spontane utsagn i fokusgruppen, som kanskje er lite gjennomtenkt, bør gruppeleder passe seg for ikke å ta enkeltutsagn ut av sin sammenheng.
3. **Fokusgrupper krever erfarne møteledere.** Uerfarne møteledere kan få til gode intervju, men sannsynligheten for vellykkede intervju er langt større med erfarne møteledere.
4. **Det kan være vanskelig å få enkelte grupper mennesker til å stille opp i fokusgrupper.** Erfaringer har vist at det kan være vanskelig å rekruttere enkelte grupper mennesker til fokusgrupper, spesielt personer med liten tid - og de som ikke tror de har noe å bidra med. (Krueger (ibid) i Nøtnæs (2001: 6ff).

Jensen (1991) påpeker følgende utfordringer:

1. **Den todelte rollen.** Gruppedeltakelse og interaksjon med gruppen – og en samtidig styring av gruppen og datasamlingen blir meget krevende. Denne arbeidsmåten kan dessuten påvirke de fremkomne dataenes pålitelighet.
2. **Intervjuobjektet føler seg kanskje ikke trygg nok til å komme frem med sine innerste synspunkter.** Hvor sant og uttømmende informanten svarer avhenger av *hvor følsomt temaet er, og hvordan gruppeleder spør.*
3. **Den enkelte informant har mindre tid til å uttale seg enn i et enkeltintervju.** Den enkelte kan derfor lettere ”forsvinne” når det er for liten tid til hver enkelt.
4. **Vanskelig å avdekke eksakt kunnskap hos den enkelte,** da man ved en persons svar ikke vil kunne undersøke om de øvrige visste dette.

5. **Det kan være vanskelig å bruke gruppeintervju der flere personer kjenner hverandre**, ikke minst hvor det kan være asymmetriske maktrelasjoner eller interessekonflikter tilstede, eksempelvis leder og personal.
6. **Å få samlet en gruppe på et bestemt tidspunkt - et bestemt sted.**
7. **Gruppeintervjuet tar lengre tid enn et enkeltintervju.**
8. **En større risiko for å få et skjevt utvalg av informanter** som følge av den mindre tilgjengeligheten og villigheten til å delta i gruppeintervjuet (ibid: 95)

I min undersøkelse gjorde jeg det slik:

- Bruk av ”pilotgruppe” i forkant av fokusgruppene (for å få erfaringsgrunnlag)
- Stort forarbeid før gruppestart - for å skape engasjement og rekruttere aktuelle informanter (jf. 1.3.1 og 1.3.3.1- 1.3.3.3).
- Intervjuet hver gruppe for seg, ledergruppen – og de kliniske sykepleierne.
- Bruk av både digital taleopptaker og en observatør under intervjuet (for å øke dataenes reliabilitet).
- Forsøkte å skape trygge rammer i forhold til intervjusituasjonen (jf. pkt 1.3.4).
- Intervjuet ble innledet med individuelle skriftlige besvarelser (for å samle noe eksakt kunnskap - og få individuelle svar vedrørende ”verdi -begrepet”).
- Prøvde i så stor grad som mulig å etterspørre informantenes synspunkter om de ikke besvarte spørsmålene spontant.

Sterke - og svake sider ved mitt valg av metode

Først og fremst opplevde jeg følgende **sterke sider** ved valg av ”fokusgruppe” som metode: At jeg fikk god innpass i undersøkelsesfeltet, stort engasjement fra gruppedeltakerne, mye relevant datamateriale – og riktig valg av teknisk utstyr og personstøtte (taleopptaker og observatør).

Svake sider

Av svake sider kan nevnes at jeg i utgangspunktet hadde liten erfaring med ledelse av fokusgruppe, kun en pilotgruppe -erfaring i forkant av undersøkelsen. Dette resulterte bl.a. i at jeg i mindre grad fikk fulgt opp den enkelte informant med oppfølgende spørsmål, spesielt i

begynnelsen av den første fokusgruppen (ledergruppen). Ellers ble jeg til tider litt emosjonelt engasjert i fokusgruppens tematikk (som sykepleier med kjennskap til feltet).

Bruk av pilotgruppe

Med gjennomføring av en ”pilotgruppe” i forkant av fokusgruppene fikk jeg testet taleopptaker, temaområdet, intervjuguiden - og meg selv som intervjuer og gruppeleder. Jeg brukte her den samme intervjuguiden som ble brukt i de følgende to fokusgruppene.

Gruppen besto av venner (innen helse- og sosialvesenet) og ble utvalgt på bakgrunn av deltakernes arbeid - med fokus på omsorg og verdier. Informantene hadde tilnærmedesvis samme arbeidsområde og fokus som de utvalgte intervjupersonene fra sykehuset. Alt i alt ble erfaringen med ”pilotgruppen” en viktig forberedelse til ledelsen av fokusgruppene. Jeg erfarte at jeg ble tryggere på rollen som gruppeleder - og at taleopptakeren og intervjuguiden (jf. vedlegg 4) ble til stor nytte i intervjuet. Hjelpemidlene ble senere brukt i fokusgruppene. I etterkant av pilotgruppen fant jeg ut at jeg i tillegg trengte en observatør som objektiv medhjelper i fokusgruppene.

1.3.3 Reliabilitet, validitet - og etiske overveielser

Reliabilitet

Jeg vurderer dataenes reliabilitet som ganske gode grunnet bl.a. bruk av observatør og taleopptaker. Ellers vurderer jeg at valget av innsamling av data fra to homogene fokusgrupper (en ledergruppe og en sykepleiergruppe) videre ga en økt kvalitet på de innsamlede data.

Validitet

I forhold til datainnsamlingen fra de to fokusgruppene opplever jeg å ha fått tak i en rikholdig mengde data, som absolutt ble dekkende for det temaet jeg ønsket å undersøke.

Jeg kan faktisk si at dataene dekket mer enn det jeg tilsiktet.

Etiske overveielser

Før jeg gikk i gang med fokusgruppe -undersøkelsene undersøkte jeg om jeg trengte å få tillatelse fra Datatilsynet (skjer gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, NSD) for

å gjennomføre fokusgruppe med helsepersonell som informasjonskilder (mhp. datainnsamlingen). Jeg ga eksakt informasjon om undersøkelsens formål og omfang. Jeg fikk skriftlig bekreftelse på at jeg ikke trengte å sende inn meldeskjema til NSD vedrørende dette. Imidlertid ble jeg informert (av NDS) om de etiske retningslinjene og regler for hvordan navn og andre sensitive personopplysninger skulle oppbevares (innelåst) - og senere slettes på forsvarlig måte. Jeg satte meg inn i reglene og utførte hva som var påkrevd i forhold til personvernet.

I tillegg informerte jeg åpent og eksakt de involverte intervjuobjektene om hva slags deltakelse som ble forventet av dem, frivillighetsperspektivet, at anonymiteten var sikret og at dataene kun skulle brukes i en masteroppgave i forhold til Universitetet i Oslo (Everett og Furseth 2006: 136 ff).

1.3.4 Valg av felt - og selve utvelgelsen

Utvalget av det diakonale sykehuset var ikke tilfeldig. Jeg ønsket å se nærmere på en helseinstitusjon som organisatorisk arbeidet ut i fra en verdibasert ledelsesmodell, dvs. med en bevisst verdiprofil. Valget falt på en diakonal institusjon med bl.a. et somatisk sykehus som både innad og utad i organisasjonen har profilert seg med en tydelig verdibasert ledelsesprofil. Denne institusjonen har selv på forskjellig måte latt seg forske på i forhold til ”verdier i praksis” innad i sykehuset (jf. intern rapport: ”Verdier i praksis” v. Eide/Eide 2008).

Jeg har ca.20 år tidligere arbeidet ved dette sykehuset og har derfor noe kjennskap til institusjonen. Bakgrunnen for valget mitt var at jeg hadde en forventning om at et diakonalt sykehus med tydelig profilert verdiprofil i stor grad vil kunne bringe viktige bidrag til min problemstilling om verdiers nedfelling i praksisfeltet. Da jeg hadde mange års avstand til det konkrete forskningsfeltet og ei heller kjente noen av kontaktpersonene eller informantene på sykehuset, mente jeg å kunne innhente et sannsynlig pålitelig og gyldig datamateriale.

1.3.4.1 Konkrete forberedelser

Ca. et år før undersøkelsen kontaktet jeg for det første relevante instanser ved sykehuset og forhørte meg om muligheten for en undersøkelse innen temaet: *”Hvilken betydning har verdier i en helseinstitusjon? - med fokus på samhandlingen mellom leder og personal ”*.

For å få innpass innhentet jeg først formell tillatelse fra toppledelsen og forskningskonsulenter på institusjonen. Siden ble jeg henvist til flere andre faglige ressurspersoner, bl.a. en ledende diakonisykepleier med kompetanse på fagområdet og forskningen innen dette feltet. Jeg oppdaget da at det ikke tidligere hadde vært gjort undersøkelser internt på området jeg ønsket fokus på.

Siden kontaktet jeg (muntlig og skriftlig) personvernombudet for forskning (NDS) i 2008, vedrørende etiske vurderinger i forhold til undersøkelsesområdet mitt (jf. pkt. 1.3.3).

Etter ca. ½ år lå alle formalia klare for å gå i gang med undersøkelsen. Jeg fikk hjelp av den ledende diakonisykepleieren til bl.a. utvelgelsesprosessen av informanter og til den praktiske gjennomføringen av undersøkelsen.

1.3.4.2 Selve utvelgelsen

Selve undersøkelsen ønsket jeg å foreta i forhold til to grupper sykepleiere: A) En gruppe mellomledere - og B) en gruppe klinisk utøvende sykepleiere. Begge gruppene ønsket jeg å velge ut fra forskjellige sengepostavdelinger på det somatiske sykehuset.

Etter råd fra intern kontakt valgte jeg å gjøre utvelgelsen ut ifra disse avdelingene, da *sykepleierne* her representerte avdelinger med stor pleietyngde, stor effektivitet og et kanskje større arbeidspress enn andre avdelinger på sykehuset.

Bakgrunnen for utvelgelsen av *mellomlederne* er deres administrative posisjon i organisasjonen (jf. kp 2.1.4) En posisjon som på en spesiell måte er under press, dvs. mellom toppledelsen og fagarbeiderne (her: de kliniske sykepleierne). Dette kan illustreres slik:

Typisk vil en i helsevesenet finne faglige ledere fanget mellom ledelsens krav til kostnadsbesparing og innsats på spesielle områder og de profesjonelle ansattes krav om selvbestemmelse og faglige vurderinger av prioriteringer. Samtidig føler en presset fra stadig mer informerte og kunnskapsrike pasient- og brukergrupper. (Strand:387).

Offentlige ledere er trygge i sin stilling, men sårbare for bedømmelse. De er underlagt flere målestokker, bl.a. fra folkevalgte, toppledelse og egne fagarbeidere. Samtidig stilles det også høyere krav til dem, med bakgrunn i management- tenkningen (ibid 2007: 349).

1.3.4.3 Rekruttering av informanter

Ut ifra anbefalinger fra intern konsulent valgte jeg mellomlederne fra de somatiske avsnittene som nevnt ovenfor.

Jeg kontaktet (skriftlig og muntlig) og besøkte lederne på de aktuelle avdelingene. Dette gjorde jeg for å få en personlig kontakt, vinne spesiell innpass i det lokale feltet – og skape trygge rammer (jf. 1.3.5).

Med dette håpte jeg å få en større mulighet til å rekruttere tilstrekkelig med informanter til gruppeintervjuene, med henblikk på motivasjonen. Spesielt da gruppeintervjuene var tidkrevende (ca. 1 ½ t.). Jeg tenkte å utvelge ca. 5-9 personer i hver gruppe, et antall som både den interne kontakten anbefalte - og litteraturen i øvrig anbefaler.

Konkret meldte 6 (av 8 mulige) mellomledere seg til undersøkelsen. I den andre gruppen valgte jeg de kliniske sykepleierne fra de samme avdelingene som lederne - og ut ifra følgende kriterier: At de arbeidet i 100 % stilling, hadde vært ansatt i minimum 1 år – og *ikke* hadde en stilling med spesielt fokus på ”verdier i praksis” (dvs. ”fagsykepleier” eller ”diakonisykepleier”). Bakgrunnen for denne utvelgelsen var at sykepleierne for det første skulle være faglig integrerte i jobben. For det andre skulle de ha et allment faglig syn på verdidrevet arbeid i praksis. Med mitt innpass hos mellomlederne ble utvelgelsen av de kliniske sykepleierne foretatt på de respektive avdelingene på følgende måte: Lederne ga muntlig informasjon til alle sykepleiere og alle fikk en skriftlig invitasjon fra gruppeleder der de aktuelle sykepleierne kunne melde seg på til fokusgruppe (se vedlegg). I denne gruppen møtte 7 informanter. Alt i alt ble begge fokusgruppene av optimal størrelse.

1.3.5 Rammer for gruppeintervjuene - inndeling i fokusgrupper

Behovet for informasjon og trygg atmosfære

Ifølge Jensen (1991: 100) er viktige nøkkelord for forskerens påvirkning av informantene: *trygghet* og *informasjon*. Her gjelder det å formidle mest mulig trygghet i forhold til ukjente rammer og mål med intervjuet - og å gi tilstrekkelig informasjon som intervjupersonene trenger for å løse intervjuoppgaven. Formidlingen av trygghet og informasjon gjelder både før intervjuet, hvor informasjonsnivået er lavest, og etter intervjuet hvor det fortsatt kan være noe usikkerhet i forhold til hva opplysningene skal brukes til.

Med bakgrunn i viktigheten av å skape trygge rammer informerte jeg alle intervjuobjektene muntlig og skriftlig om prosjektet mitt, med bl.a. en presisering av fokuset på organisasjonens kjerneverdier. Jeg opplyste at jeg benyttet meg av taleopptaker og en observatør i gruppesesjonen. Og jeg avsluttet intervjuene med bl.a. å gjenta en kort informasjon om prosjektet mitt og hva dataene skulle brukes til.

Rammene for fokusgruppene var lagt til selve arbeidsstedet, til et lyst grupperom med vindu. Intervjuobjektene ble plassert rundt et avlangt bord midt i rommet og gruppeleder ved enden av bordet, mens observatøren satt tilbaketrukket i et hjørne for seg. Deltakerne ble bedt om å lage hver sitt navneskilt. Gruppeleder serverte kaffe/te, frukt og nøtter i starten av gruppemøtet. Møtet begynte med litt løst snakk rundt kaffeserveringen. Disse rammene ble valgt for at deltakerne skulle føle seg mest mulig avslappet.

Tema for intervjuet

Jeg intervjuet informantene om hvilken forståelse ledere og sykepleiere har av ”verdier” - og hvordan verdier nedfeller seg i praksis på, avdelingsplan. Noen konkrete spørsmål var: *”Hva tenker du når du hører begrepet: ”verdi”?”* *”Hva forbinder du (som leder/sykepleier) med verdien ”respekt”?”* og *”Hvordan opplever du å handle i samsvar med denne verdien i praksis?”* (jf. Vedlegg 4)

Oppstart av fokusgruppene

Etter ca. 5-10 min. (når alle gruppe medlemmene hadde ankommet) begynte en formell introduksjon ved gruppeleder. Jeg presenterte masterprosjektet, observatøren, undertegnede som gruppeleder - og fokusgruppen som redskap/virkemiddel til oppsamling av data. Til slutt i introduksjonsdelen presenterte alle fokusgruppedeltakerne seg for hverandre.

1.3.6 Fokusgruppe 1

Fokusgruppe 1 besto av 6 kvinnelige avdelingsledere som alle jobbet innenfor sengepostavdelinger, på samme somatiske spesialistsykehuset.

Lederne hadde yrkeserfaring som sykepleiere og ledere fra ett til 17 år. De hadde ulike yrkeserfaringer og ulike videreutdanninger innen ledelse og administrasjon, bortsett fra en assisterende leder uten lederutdanning. Halvparten av lederne hadde masterutdanning i

verdibasert ledelse og flere års erfaring som leder, mens den andre halvparten kun hadde ett års ledererfaring.

Lederne deltok kun en gang i denne fokusgruppen, innen for tidsrammen av ca. halvannen time (høsten 2008). Gruppen med mellomledere virket tilsynelatende forholdsvis godt kjent med hverandre fra før. Innledningsvis virket de mest opptatte av å småprate med hverandre om oppgaver - og livet på avdelingene. De syntes i mindre grad å være opptatte av gruppeleder og observatør før gruppestart.

Etter åpningsspørsmålet virket gruppen litt avventende i forhold til oppstart av gruppesamtalen. Etter informasjon fra gruppeleder begynte alle imidlertid å prate (stikkordsmessig) om hva ”verdi” betydde for den enkelte. Fra det neste spørsmålet (vedrørende *kjerneverdier*) kom samtalen raskt i gang og fortsatte siden med bra engasjement. Gruppedeltakerne kom via de øvrige intervju spørsmålene raskt inn på flere anliggender som opptok dem som ledere og ansatte - og som engasjerte dem i forhold til å jobbe i en verdibasert omsorgsinstitusjon.

Gruppen var preget av stor interesse for hverandre som ledere - og et etter hvert økende engasjement for ”verdi – temaet”. Det var rom for følelser og humor. Gruppen fremsto som en gruppe med felles ledersamhold og -historie som bandt sammen. Helhetsinntrykket fra ledergruppen er dette: ”*Stå på, ikke gi opp*”, - og ”*Kjemp for de viktige verdiene*”, eksempelvis *respekt* og *kvalitet*.

1.3.7 Fokusgruppe 2

Fokusgruppe 2 besto av 7 klinisk utøvende sykepleiere. De jobbet alle innen de samme somatiske sengepostene som lederne i fokusgruppe 1. Det var klinisk utøvende sykepleiere med ulike yrkeserfaringer (fra ett til 8 år). To hadde videreutdanning innen helsesektoren. Gruppen møttes til én fokusgruppesamling, høsten 2008. Også i denne gruppen begynte møtet med løs snakk rundt kaffeserveringen. Det var i denne gruppen litt humor og latter før gruppestart. I kontrast til ledergruppen syntes de kliniske sykepleierne umiddelbart å virke mer nysgjerrige til både gruppeleder, observatør, tema - og kollegene fra andre avdelinger (som de i liten grad kjente til).

Sykepleierne viste fra gruppestart et økende engasjement i tematikken om *verdier*. De viste til spontanitet og utforskende refleksjon i forhold til verdier og deres betydning på avdelingene. De signaliserte en positiv holdning til ønsket om å bli mer bevisste på verdier og deres betydning i hverdagen. Helhetsinntrykket fra den kliniske sykepleiergruppen er dette: *”Samtale om - og bevisstgjøring i forhold til verdier er interessant, spennende og viktig. Dette temaet vil vi utforske mer i hverdagen, på avdelingen”*.

1.3.8 Hva skjedde i intervjuene?

Det som synes å være felles for alle ledere og sykepleiere (i begge fokusgruppene) var et stort engasjement for å jobbe med temaet verdier og relasjoner til kolleger på avdelingsplan. Samværet over tid (ca. 1 ½ t.) og fokus på et aktuelt interesseområde synes å skape både ro, samhold og faglig engasjement. Også mellomlederne uttrykte at ”verdi -temaet” var relevant og interessant: *”Et interessant tema som vi kunne ha brukt tre dager på...”*

1.3.9 Kategorisering av datamaterialet

For å kunne belyse temaet ”Hva er verdiene verdt i praksis?” analyseres datamaterialet tematisk, og det gis en teoretisk drøftelse av funn ved undersøkelsen.

På bakgrunn av mine problemstillinger har jeg satt opp 5 hovedkategorier som det empiriske materialet skal analyseres innenfor:

1. Hva er verdier?
2. Bevisstgjøring i forhold til kjerneverdiene
3. Hva er kjerneverdiene verdt i praksis?
4. Utfordringer/konflikter mellom kjerneverdiene og verdiene i praksis

1.4 Relevant teori

Innen teoridelen i oppgaven vil jeg gjøre bruk av relevant litteratur/teori i forhold til å besvare problemstillingene i oppgaven. Jeg vil bl.a. se på ulike teoretiske forståelser av begrepene: Verdier, etikk, ledelsesmodeller og verdibasert ledelse, ”godt lederskap” (spesifikt lederens personlige egenskaper) – og organisasjonskultur. Jeg har primært benyttet følgende litteratur:

”Ledelse, organisasjon og kultur” (Torodd Strand 2007), ” Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse” (Jacobsen og Thorsvik 2006), ” boken ”Værdibaseret ledelse” av Peter Beyer (2006) og ”Om ledelse, makt og tillit (...)” (Sørhaug 1996). I forhold til etiske perspektiver har jeg tatt utgangspunkt i: ” Verdier - flerfaglige perspektiver ” (Johannessen og Schmidt 2002) og ”Verdirealisering: Til det gode? Studier i verdietikk” (Asheim 2005)”.

1.5 Tidligere forskning på området

På det spesifikke undersøkelsesområdet mitt har jeg gjort lignende funn som forskerne Tom og Hilde Eide (2008): ”Det finnes i dag liten forskningsmessig dokumentasjon på hvorvidt - og hvordan sykehus arbeider med å realisere sine verdier i praksis - og hvilken effekt dette arbeidet eventuelt har (...)”. Slik uttaler forfatterne seg i forskningsrapporten: ”*Verdien av en verdi- intervensjon, en studie av verdiarbeid i et norsk sykehus*” (nr.2/2008). Jeg har benyttet meg av datamaterialet fremkommet i denne forskningsrapporten.

Ellers viser jeg til resultater fra doktoravhandlingen til psykolog Hilde Hetland, psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen (2004): ”*Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership*”. Her antyder de viktigste resultatene (fra kvantitative intervjuundersøkelser i Norge) at transformasjonsledelse synes å gi positive resultater i form av høy jobbmotivasjon, profesjonell effektivitet, trivsel - og syn på lederen som profesjonell effektiv. I tillegg påpeker underordnede at en transformasjonsleder blir assosiert med følgende: varme, spenning, rasjonalitet og åpenhet for forandringer (Hetland 2004: 4ff, og 35ff).

1.6 Oppgavens oppbygging og disposisjon

Oppgavens materiale er delt i to på den måten at det ene materialet baserer seg på teoretisk materiale innen ledelses- og etikklitteraturen. Det andre materiale er observasjoner fra to fokusgruppe -intervjuer med henholdsvis en gruppe mellomledere og en gruppe kliniske sykepleiere, i praksisfeltet på et sykehus.

Kapittel 1 inneholder innledningen, redegjørelse for valg av metode, relevant teori, tidligere forskning på området og oppgavens oppbygging og disposisjon.

Kapittel 2 gir en innføring i teorier om ledelse, lederen, de ansatte – og etikkens plass i omsorgsinstitusjoner.

Kapittel 3 presenterer det empiriske materialet og analysen av materiale.

Kapittel 4 omhandler viktige funn fra kapittel 3 (om ledelse - og samhandling – og kjerneverdier som styringsverktøy i forhold til organisasjonens mål). Et drøftingskapittel.

Kapittel 5 gir en oppsummering av analysens hovedfunn og avslutter oppgaven.

Kapittel 6 viser til oppgavens anvendelse.

Kapittel 7 gir et sammendrag av oppgaven.

1.7 Avgrensning av oppgaven

Jeg har beklageligvis måttet avgrense oppgaven på flere viktige områder, da oppgaven formelt sett har et begrenset omfang. Av følgende grunn har jeg derfor måttet unnlate å drøfte flere tema med relevans for oppgaven som kunnet ha vært interessante å belyse i forbindelse med verdibasert ledelse. Viktige temaer som jeg kun i mindre grad har belyst i oppgaven er: Motivasjon, kommunikasjon – og organisasjonskultur og deres betydning for verdibasert ledelse og samhandlingsprosesser. Ellers har jeg av plasshensyn også valgt kun å belyse makt - og tillitsperspektivet - og ”selvledelse” i mindre grad. I tillegg har jeg kun i mindre grad drøftet temaene: Hvordan ledere og sykepleiere løser de etiske og moralske spørsmålene og dilemmaene de har – og På hvilken måte organisasjonen håndterer arbeidet med det eventuelle spennet mellom ansattes verdier og lojalitet til organisasjonsverdiene. Temaer som hadde vært både relevante og interessante å drøfte nærmere i en verdisammenheng.

2 TEORI

Hensikten med dette kapittelet er bl.a. å få en bakgrunnsforståelse for hva ledelse (spesifikt ”verdibasert ledelse”), organisasjon - og kultur dreier seg om. Og dels å belyse hvilken betydning etikk og verdier har i verdibasert omsorgspraksis, der bl.a. ledere og medarbeidere samhandler for å oppfylle organisasjonens mål.

Teorien vil samtidig gi oss noen analytiske begrep til en empirisk analyse og drøfting av lederes og sykepleieres forståelse for - og utøvelse av ledelse og samarbeid i verdibasert omsorgspraksis.

2.1 Ledelse

Ledelse er langt fra et entydig begrep, men et begrep som blir tydelig og får mening når det fylles med innhold ved bruk.

Ledelse er et sosialt viktig fenomen som innbefatter både person, organisasjon og etiske aspekter og er et viktig faglig tema å belyse. Ledelse handler om å få *noen* til å gjøre *noe* for organisasjonen. I korthet kan vi si at ledelse innebærer å bruke virkemidler for å nå mål gjennom andre - og å ta ansvar for resultatet. Lederen må nødvendigvis finne frem til en hensiktsmessig lederstil som kan påvirke de ansatte til å følge de oppsatte målene, slik at de ønskede resultatene kan bli nådd.

Ledere vil ofte oppleve at ledelse omfatter både en viss karismatisk egenskap samt administrasjon, og at det forventes at de takler begge disse aspektene. Noen ledere legger størst vekt på de personlige egenskapene som er knyttet til kommunikasjon, arbeidsmiljø og personalpolitikk, mens andre legger større vekt på den administrative siden (Quivey 1998).

Lederen er rollemodell og symbolbærer. Lederen setter spor.

2.1.1 Noen ledelsesteorier

Teorier om ledelse er stort sett fra det 20. århundre. De hadde utgangspunkt i USA og var preget av bl.a. amerikansk samfunnssyn, popularisert bedriftsøkonomi og psykologi. Først fra 1970-årene fikk ledelsesteorier større innpass i Norge og i offentlig virksomhet ble spesifikke ledelsesbegreper først vanlig på 1980-tallet. Det fins en stor samling av ledelsesteorier, begreper og anbefalinger som alle kan kalles teorier om ledelse. Jeg vil her bare kort nevne noen få teorier som har betydning i dag og spesiell aktualitet i forhold til arbeidet mitt – med henblikk på verdibasert ledelse.

Som et ledd i å forstå verdibasert ledelse - og se denne ledelsesstrategien utøvd på et sykehus presenterer jeg to andre teorier som influerer på VBL. Det er MaxWebers ledelsesmodell og den nyere reformmodellen New Public Management.

Den rasjonalistiske ledelsesmodellen – med Weber og ”byråkrati-tanken”

Et eksempel på en viktig samfunnsteoretiker fra den første klassiske rasjonalistiske perioden er Max Weber (1864-1920). Han ble mest kjent for sin teori om hvordan byråkratier er innrettet. Viktige stikkord er: *herredømme, autoritet, hierarki, byråkratifenomenet* - og *den karismatiske lederen*.

Det organisatoriske uttrykket for den moderne rasjonaliteten, byråkratiet, var kjennetegnet av spesialisering av ansvar og myndighet, kompetanse som grunnleggende kriterium for rekruttering og opprykk, hierarkisk ordning av myndighet samt skriftlighet og standardisering og repetering av arbeidsprosesser. Byråkratisk form er til tross for kritikk og modifikasjoner fremdeles et grunnelement i svært mye av dagens organisasjon og organisasjonstenkning (Strand 2007: 44).

Webers ide var at bruk av regler var et av de viktigste særtrekkene ved organisasjonsformen han kalte ”byråkratiet”. Byråkratisk regelstyring var ifølge Weber det beste middel for å fremme administrativ effektivitet. Han hevdet at byråkratiet vil bli mer effektivt jo mer man klarer å styre tenkning og atferd. Dermed minimaliseres muligheten til å anvende personlig skjønn, og personlige følelser og holdninger og andre uberegnelige forhold påvirker ikke beslutningene (Jacobsen og Thorsvik 2006).

Standardisering av arbeidsoppgaver

Vi kan si at jo mer en organisasjon benytter seg av skrevne regler, rutiner og prosedyrer jo mer *formalisert* kan vi si at organisasjonen er.

Om de ansatte følger de spesifiserte standardene vil organisasjonen fungere som en ”velsmurt maskin”.

Sykehus blir fortsatt benevnt som byråkratier, men i en spesiell form: *profesjonelle byråkratier*. Innen sykehus vil de profesjonelle faggruppene ofte oppleve deres profesjonelle regler og standarder som viktigere og ”riktigere” enn organisasjonens regler og standarder. Derfor kan vi se at de profesjonelle, eksempelvis leger og sykepleiere, vil være mer lojale mot profesjonens regler og forskrifter enn kanskje mot regler og påbud fra deres administrative overordnede. Dette kan skape konflikt og de profesjonelle kan i noen tilfeller ignorere de administrative kravene og velge ut ifra profesjonenes etiske standarder og regler. Dette kan skape styringsproblemer i organisasjoner (ibid: 94ff).

New Public Management

New Public Management (NPM) er en nyere reformtrend og modell, en måte å organisere og effektivisere offentlig sektor på. Kritikken mot offentlig sektor var tidligere at den var for ineffektiv, byråkratisk og lite serviceorientert. Målsettingen bak reformene som uttrykkes i NPM, har vært å gjøre offentlig sektor, bl.a. skole, helse og sykehus mer effektive.

Den etterstrebede effektiviteten er først og fremst økonomisk å forstå. Man vil ha mer ut av hver krone. For å oppnå det, har man gått bort fra å legge vekt på at offentlige tjenester først og fremst handler om å følge bestemte regler, og bestreber seg i stedet på å oppnå målene mest mulig effektivt og med minst mulige utgifter. Dermed mener man å sikre at offentlig sektor blir mer serviceorientert”. Et viktig virkemiddel i denne sammenhengen har vært å ”konkurransetsette” bestemte former for tjenester, ut fra tanken om at de som leverer det beste anbudet, kan gjøre jobben mest effektivt (Henriksen/Vetlesen 2006: 21).

I markedsstaten synes det å være tale om viktige verdier som: effektivitet, økt produktivitet og økonomiske besparelser.

Man kan spørre hvordan verdibasert ledelse står i forhold til disse teoriene. Finns det noen nevneverdige forskjeller ved det å lede i forhold til visse verdier - og det bevisst å lede med såkalte *kjerneverdier*?

2.1.2 Verdibasert ledelse

Det meste av moderne ledelseslitteratur dreier seg i dag om begrepet *verdibasert ledelse*.

Ifølge E. Aadland (2006) er det ingen enighet om en definisjon av begrepet ”verdibasert ledelse”. Han beskriver begrepet som et perspektiv på ledelse som innebærer å se kjerneverdier som ”styringsredskaper”. Ellers påpeker han at man innen amerikansk tradisjon mest vektlegger *økonomiske* verdier, mens man i Skandinavia legger mer vekt på *moralske* verdier. I faglitteraturen har verdibasert ledelse ofte vært regnet inn under personalledelse. Det er innenfor denne rammen at jeg her ser oppgavens tematikk.

Verdibasert ledelse kan i et eller annet omfang erstatte regler og forskrifter (dvs. byråkratiske regler etc.) med mer grunnleggende verdier (dvs. kjerneverdier). Det dreier seg om et perspektiv på ledelse som innebærer at man har en felles opptatthet av verdier og man utøver arbeidet i organisasjonen på grunnlag av kjerneverdiene. VBL kan mer konkret beskrives som Peter Beyer (dansk erhversforsker) gjør det:

Værdibaseret ledelse handler i høj grad om at skabe helhed (...). Ledelsens opgave bliver derfor at skabe engagement om de værdier og mål, som medarbejderne skal orientere sig efter, at gøre dilemmaer og prinsipper klare samt at tydeliggøre det ansvar, som følger med øget dispositionsfrihed. Værdibaseret ledelse handler om, at man som leder tror på sine medarbejdere og giver dem frirum derefter. Det indebærer flade strukturer, projektorganisering, delegation af ansvar og kompetence og mindre vægt på regler og håndfaste instrukser (...) (Beyer 2006: 113).

Når den institusjonelle lederen kommuniserer visjon og verdier som gir organisasjonen mening og som er av en slik karakter at ansatte føler at det organisasjonen driver med er viktig, velger ansatte å engasjere seg i organisasjonens arbeid (Jacobsen & Thorsvik: 399).

Verdibasert ledelse dreier seg ikke bare om å inkorporere viktige verdier men også om å avdekke ”skjulte” verdier (mål eller syn) som preger institusjonen på en ”feil” måte. Og viktigere enn å være resultatorientert er det å være opptatt av hvorvidt omgivelsene har tillit til organisasjonen. Tillit forutsetter at organisasjonens verdigrunnlag reflekterer de rådende normene i omgivelsene og at organisasjonens indre anliggender er i overensstemmelse med hva samfunnet anser som passende (Jacobsen: 401).

Noen fordeler ved verdibasert ledelse:

- Åpner for etiske og kritiske overveielser av underliggende verdier i organisasjonen.

- Åpner for god kommunikasjon (kommunikasjon - viktig for å meddele/samtale om verdier).
- At denne ledelsesformen tilsynelatende vil være godt for så vel eier/leder så vel som ansatt. Man er enige om felles verdier og mening med arbeidet.
- Medarbeideren vil føle seg sett og respektert og yte noe ekstra for bedriften.
- Gjensidig forståelse og respekt vil skape gode relasjoner og godt fellesskap.
- Viser seg å skape en effektiv organisasjon.

Noen ulemper ved Verdibasert ledelse:

- En mer krevende ledelsesmodell for lederen, i motsetning til administrativ ledelse.
- Med bruk av karismatisk autoritetsform som lederegenskap kan dette åpne for manipulasjon i forhold til medarbeidere (i verste fall i form av maktmisbruk).

Som professor Majken Schultz (1999) har formulert det utfordrer verdibasert ledelse tradisjonell ledelsestenkning på følgende områder. Ved bl.a. å reise nye strategiske spørsmål om *hvem* virksomheten er - og *hva* den står for, ved å flytte oppmerksomheten fra organisatoriske *strukturer* til organisatoriske *prosesser*, ved å vise en ny betydning av organisasjoners *kommunikasjon* - og ved å sammentenke organisasjoners internt og eksternt orienterte aktiviteter (Schultz i Nordhaug og Kristiansen 2008: 81).

Fordi ledelse, gjennom ideen om institusjonelt lederskap, knyttes til begreper som verdier og normer, legitimitet og tillit, blir dette et viktig bidrag inn i ledelseslitteraturen og lederpraksisen. Institusjonelt lederskap er noe helt annet enn administrativt lederskap. En institusjonell leder vil først og fremst være ekspert på å formulere, fremme og beskytte verdier (Jacobsen/ Thorsvik 2006: 401).

Hvilken rolle spiller verdier i verdibasert ledelse?

I følge Steen Hildebrandt (1998) beskrives verdier, i verdibasert ledelse, på følgende måte:

"Værdier krever ingen videre begrundelser. De er begrundelser. De er overordnede kriterier for vurdering af beslutninger og handlinger, hos individer og i organisationer. Værdier danner utgangspunkt for de mål, herunder kvalitetsmål, som vi stiller oss som individer og som organisationer".(Hildebrandt i Nordhaug/Kristiansen 2008: 80).

Tilsynelatende virker det i teorien om verdibasert ledelse som at verdiene beskrives som veldig viktige, men samtidige diffuse i uttrykk. For eksempel: Verdiene *er* fordi de er *viktige* for organisasjonen - eller andre.

Kjerneverdiene innen verdibasert ledelse utgjøre den viktigste referanserammen for holdninger, normer og forventninger som en verdibasert organisasjon aktivt styrer i forhold til. Kjerneverdiene vil følgelig være av en helt spesiell karakter og ha høyverdig viktighet, nettopp fordi de er *nøkkerverdier* og er overordnede kriterier for vurdering av beslutninger og handlinger. Hildebrandt beskriver verdibasert ledelse som en ledelsesform der man har en felles opptatthet av verdier i organisasjonen.

(...) og noget fælles er en forestilling om, i et eller andet omfang, at erstatte regler for adfærd med nogle mer grunnlæggende værdier. Men det er meget langt fra en simpel optagethed af holdninger og værdier, sådan i almindelighed, - og til en konsekvent gennemført bestræbelse på værdibaseret ledelse (...). En organisation, der vil arbejde med værdibaseret ledelse og kvalitetsudvikling, kan således ikke nøjes med at standse op og formulere nogle værdier og så fortsætte, som om alt andet var uændret. Alt annet kan netop ikke være uændret (ibid 2008: 80).

Vi kan nå si at verdier er grunnleggende - og kjerneverdiene i særdeleshet avgjørende for en verdibasert ledelsesutøvelse. Verdiene tas her alvorlig som ledelses- og organiseringsprinsipp. Verdibasert ledelse bygger på at verdier, meninger og grunnleggende antakelser spiller en avgjørende rolle for handlinger i organisasjoner.

Verdibasert ledelse er løpende dialog

Hvorfor er løpende dialog viktig i verdibasert ledelse? Fordi kjerneverdiene må implanteres og ”vedlikeholdes” i organisasjonen og dens arbeid. Med henblikk på VBL viser Ole Thyssen (2008) til viktigheten av å ha en fortløpende dialog med ansatte og offentligheten om verdier og realiteter innen virksomheten. Han sier bl.a.: ”(...) den (organisasjonen) aksepterer på forhånd at ting kan forbedres og inviterer til en løbende dialog”(Thyssen 2008: 340ff).

Det er toppledelsens ansvar å holde kjerneverdiene frem som inspirasjonskilde for de ansatte i virksomheten. Dette må skje gjennom dialog. Det vil derfor være viktig å skape en felles kultur i organisasjonen, hvor ønskede verdier og mål er forbundet med en maksimal individuell innsats til fordel for fellesskapet. Det dreier seg om fellesskap og samarbeid i verdiarbeidet.

2.1.2.1 Selvledelse og superledelse

Mellomlederne viser flere ganger til viktigheten av at medarbeiderne selv skal ta ansvar for gjennomføringen av eget arbeid samtidig som de trenger lederstøtte. Dette handler om ”superledelse” og ”selvledelse” og kan illustreres gjennom følgende lederutsagn:

”Jeg synes det er en utfordring i forhold til personalet (og ”tjeneste-verdien”) å gjøre folk selvgående. Å klare å lære dem til selv å håndtere ting, slik at man ikke som leder må gå inn i veldig mye for dem. Viktig å gi ansvar – og veilede personalet gjennom.. (utfordringene)”.

Ifølge Peter Beyer, dansk erhversforsker og forfatter, vil verdibasert ledelse i høy grad handle om ”selvledelse” (Beyer 2006). Begrepet ”selvledelse” kan også defineres som: ”Individets evne og vilje til at tage ansvar for planlægningen og gennemførelsen af eget arbejde inden for accepterede rammer mellem individ og virksomhed”(ibid: 107).

”Superledelse” er ifølge Manz og Sims (2001) ”(...) et sett av atferdsaktiviteter for å kunne hjelpe medarbeidere til å bli dyktige i kognitiv ledelse og atferdsledelse”.

Superledelse går ut å hjelpe medarbeiderne til å ta styring over egen arbeidssituasjon, ikke å tvinge eller manipulere dem til å gjøre en jobb. ”Super”-ledelse i denne sammenhengen betyr at lederen bringer ut det beste i sine medarbeidere, altså en slags redefinering av den tradisjonelle lederrollen. Konkret legges det vekt på å utvikle medarbeideres selvtillit, deres personlige mestringsevne og deres ferdigheter i samarbeid. Lederen fungerer som en trener og veileder og målet er at medarbeiderne skal bli mer ”selvgående”. ”Selvledelse” er så medarbeiderens svar på superledelse. Selvledelse er en filosofi og et systematisk sett av handlinger og mentale strategier for å lede seg selv til et bedre resultat, større effektivitet og mer tilfredshet. Selvledelse betyr at medarbeideren tar ansvar for å påvirke og utvikle egne tanker, følelser og holdninger, samt egen atferd (Berg i Skogstad/Einarsen 2008: 125ff).

Ifølge Beyer vil selvledelse kun fungere såfremt det fins fire typer av opplevelse:

Opplevelse av mening, opplevelse av valgfrihet (dvs. at man har mulighet til å treffe de valgene som man selv opplever vil skape de ønskede resultater), *opplevelse av kompetanse* - og *opplevelse av fremskritt* (ibid: 108).

2.1.3 Hva er ledelse?

Det faglige ledelsesfeltet er ikke et eget fag - og er som Strand uttrykker det: “ (...) *ikke en samlende disiplin, men et interesseområde med mange ulike brokker av kunnskap og kulturelt betingede forestillinger. Vi kan ikke argumentere for at det finnes 'en omforent definisjon av ledelse'*”(ibid:11).

Noen ledelsesteoretikere forklarer begrepet ”ledelse” på følgende måter:

”Når ledelse skjer innenfor rammen av en organisasjon, er hensikten med ledelse vanligvis å få andre til å arbeide for å realisere bestemte mål, å motivere dem til å yte mer, og få dem til å trives i arbeidet (Jacobsen og Thorsvik 2006: 376 -77).

Sosialantropologen Tian Sørhaug påpeker viktige momenter vedrørende ledelse på følgende måte.

Ledelse oppstår når personer påføres og/eller påtar seg ansvaret for å regulere indre og ytre organisatoriske grenser, for eksempel håndtere en arbeidsdeling i forhold til oppgaver og omgivelser. Ledere er således personlige garantister for en organisasjons orden og retning. Ledelse er en personlig måte å forvalte autoritet på (...) (Sørhaug 2004:31 og :18).

I disse beskrivelsene synes vi å se flere viktige aspekter ved ledelse, noe Jacobsen og Thorsvik (2006) sammenfatter i tre punkter:

1. Ledelse er en rekke handlinger som utøves av en eller flere personer.
 2. Ledelse har til hensikt å få andre mennesker til å gjøre noe.
 3. Ledelse skal bidra til at organisasjonen når sine mål.
- (ibid: 377).

Disse aspektene påpeker flere viktige sider ved ledelsesutøvelsen, men den viktigste synes dog å være det mellommenneskelige aspektet. Sørhaug formulerer det slik: ”*Ledelse er først og sist en relasjon. Den baserer seg på et mandat, men mandatet er en levende sosial prosess av makt og tillit som ledelsen både blir gitt og må ta*”. (Sørhaug (1996: 45).

Flere ledelsesteoretikere påpeker viktigheten av det relasjonelle aspektet. Dette temaet har de senere årene vært fremtredende innen ledelsesforskningen.

Ledelse er ulikt administrasjon

Innen ledelsesforskningen synes det å være enighet om at ledelse er grunnleggende forskjellig fra administrasjon. *Administrasjoner* har hovedfokus på produksjon, å løse utfordringer og problemer – og gjøre dette på en effektiv måte. *Ledelse* derimot er å skape visjoner for organisasjonen, fylle virksomheten med mening - og lage generelle retningslinjer for hvordan organisasjonen skal utvikle seg (jf. 1.2.4). Organisasjoner har selvfølgelig behov for både administrasjon og ledelse, men behovet er ulikt på ulike organisatoriske nivå (Jacobsen og Thorsvik 2006).

Hovedområdet på ledelsesområdet

Ifølge Skogstad/Einarsen (2008) har ledelsesforskningen, fra begynnelsen av det 20. århundre, vært opptatt av tre grupper faktorer. Ut ifra disse kan ledelsesområdet inndeles i tre hovedområder:

1. *Kjennetegn ved organisasjonen og dens omgivelser*
2. *Kjennetegn ved lederen*
3. *Kjennetegn ved de som blir ledet.*

Disse tre faktorene vil ha innvirkning på resultater i form av effektivitet og jobbtrivsel (ibid: 15)

2.1.4 Kjennetegn ved organisasjonen og dens omgivelser

Hva er en organisasjon?

Vi bruker ofte å omtale en bedrift eller et sykehus som en *organisasjon*. Ifølge Jacobsen og Thorsvik kan en *organisasjon* defineres som ”et sosialt system som er bevisst konstruert for å realisere bestemte mål”. (Etzioni (1982) i Jacobsen & Thorsvik (2006).

Dette vil mer eksakt bety at man i organisasjonen samhandler *sosialt* med hverandre for å realisere felles mål. Og innen organisasjonen samhandler man i et ”system” som er avgrenset fra omgivelsene.

Organisasjonskultur

Innen verdibasert ledelse er organisasjonskulturen av stor viktighet fordi kjerneverdiene er ment å skulle nedfelles i denne. Ellers kan andre verdier som påvirker organisasjonen ”ligge i veggene”, mer eller mindre skjult. Hva er egentlig organisasjonskultur?

Organisasjonskultur kan sies å bestå av verdier, gruppenormer, sosialt samhold og gruppepress som enten kan styrke oppslutningen omkring organisasjonens mål og virke som et supplement til det formelle samarbeidet for å realisere dem. Omvendt kan den stå i konflikt med målene og vanskeliggjøre realiseringen.

Organisasjonskultur og organisasjonens *maktforhold* kan sies å være uformelle, men sentrale trekk ved en organisasjon. Det dreier seg om forhold som gjelder normer og sosiale relasjoner mellom ansatte i en organisasjon. Maktforholdene kan sies å bestå av individer og grupper som ofte har private mål som *enten* kan gå sammen med organisasjonens formelle mål *eller* som også kan være knyttet til egeninteresser som står i konflikt med de formelle mål.

Hvordan maktforholdene er, vil i høy grad bestemme utfallet av slike konflikter (Jacobsen, Thorsvik 2006: 17-18).

Fra 1980-tallet har begrepet ”organisasjonskultur” vært et fokusert tema i organisasjonsteorien. Man har spesielt vært opptatt av hvordan det utvikles spesielle normer, verdier og oppfatninger i organisasjoner. Det vektlegges her å forstå ”den dypere meningsstrukturen” i organisasjonen. Handlinger, ordbruk og fysiske objekter blir i denne sammenhengen tolket som symboler, som uttrykk for en spesiell kultur (ibid: 24).

Organisasjonstyper

Jeg velger å dele inn organisasjoner i 4 typer, ut ifra kjennetegn på organisasjonene:

- Byråkrati
- Ekspertorganisasjon
- Entreprenørorganisasjon
- Gruppeorganisasjon

Byråkratier er organisasjoner med flere nivåer, stor grad av spesialisering, skrevne regler og formell autoritet i toppen. Reglene styrer arbeidsprosessene (jf. 2.1.). *Ekspertorganisasjoner* har færre nivåer, og posisjonen i organisasjonen er i stor grad basert på yrkesmessig

kompetanse, erfaring og status. En stor del av arbeidstakerne er rekruttert på grunnlag av sin dokumenterte fagkompetanse (f.eks. lege – og sykepleierprofesjonen). Eksempelvis er et sykehus en ekspertorganisasjon grunnet stor vektlegging på fagkompetanse og spesialisering. Samtidig må sykehuset kalles for en byråkratisk ekspertorganisasjon, nettopp fordi det er organisert som en byråkratisk organisasjonsmodell (jf 2.2).

Entreprenørorganisasjonen er lite preget av fast struktur og fungerer rundt de spesifikke oppgavene som sentrale aktører, f.eks. entreprenører, er opptatt av.

Gruppeorganisasjonen utgjøres av et kollektiv med lite formell statusdifferensiering. Gruppen får retning ved at det etableres konsensus. Eksempler på gruppeorganisasjoner er selvstyrte arbeidslag, frivillige grupper etc. (Strand 2007: 28).

Ledelse på ulike nivå i organisasjoner

I enhver organisasjon av en viss størrelse vil man finne ledere på ulike nivå. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2006) er det vanlig å skille mellom tre ledelsesnivå:

- 1) *Det institusjonelle nivå*
- 2) *Det administrative nivå*
- 3) *Det operative nivå*

Kjennetegnene på de ulike nivåene er som følger:

- 1) På *det institusjonelle nivået* finnes toppledelsen med ansvar for å formulere overordnede mål, langsiktig planlegging, budsjettarbeid – og en strategisk tilpasning til både interne forhold og til eksterne aktører som har betydning for virksomheten. Toppledelsen har til oppgave å gi organisasjonen et verdigrunnlag som de ansatte kan identifisere seg med – og gir mening i forhold arbeidet. Topplederen er den som har høyest formelle autoritet. Denne er et symbol på grunn av den formelle autoritet som er knyttet til posisjonen topplederen har (Jacobsen/Thorsvik: 382ff). Toppledelsen har også oppgaver av mer symbollignende eller seremoniell art (f.eks. tale ved juleavslutningen/ årsmelding). Ofte vil toppledelsen utgjøre en ledergruppe der medlemmene har spesialiserte funksjoner, som til sammen virker som helhet og sikrer langsiktighet i organisasjonen.
- 2) På *det administrative nivå* finner vi *mellomlederne* som har et overordnet ansvar for begrensede områder i organisasjonen. Det kan være avdelingsledere, f.eks. på en

sykehusavdeling. Deres viktigste oppgaver er å sette mål for deres avdeling, organisere, administrere og integrere alt arbeid i enheten. Mellomlederne har viktige kommunikasjonsfunksjoner som å være bindeledd til både toppledelsen - og det operative nivå (også kalt det tekniske nivå), hvor virksomhetens kjerneaktiviteter (produksjon eller saksbehandling) utføres. Det kan også være viktige symbolfunksjoner knyttet til det administrative nivå, ofte avhengig av hvor ”fjern” toppledelsen er fra grunnplanet i organisasjonen.

- 3) På *det operative nivå* finner vi lederne som har det daglige oppsyn med og ansvar for kjerneaktivitetene i organisasjonen. Ledelsesoppgavene vil være klart avgrenset til den arbeidsgruppen man har ansvaret for, og vil som oftest omfatte veiledning og koordinering av arbeidet (Jacobsen & Thorsvik: 379ff).

I teorien om verdibasert ledelse er man opptatt av ledelsens viktige oppgave som verdibærer og verdiformidler (jf. kp 1.2.5 og kp 2.1.2). Her vil hovedansvaret for formidling og vedlikehold av kjerneverdiene ligge på det institusjonelle nivå, hos toppledelsen.

Mellomledernes funksjon (på det administrative nivået) blir en slags entreprenører for toppledelsen, med henblikk på kjerneverdiene nedslag på avdelingsplan.

2.1.5 Kjennetegn ved den institusjonelle lederen

Lederens roller

En leder har mange ulike roller som til sammen utgjør et integrert hele som former de forventningene som stilles til dennes arbeid, så vel som lederens egne forventninger. Forventningene (til rollene) kan være sammenfallende – eller stå i konflikt med hverandre f.eks. rollen som ”overvåker” vs. rollen som ”anfører”. En leders roller handler først og fremst om kontakt med andre mennesker. Derfor er det av største viktighet på hvilken måte lederen utøver disse rollene (Jacobsen/Thorsvik 2006: 382).

Spesielt innen verdibasert ledelse (og sett i forhold til ”selvledelse”) har mellomlederen en spesiell viktig rolle som verdibærer for kjerneverdiene, dvs. i form av å være *anfører*, *veileder* og *hjelper*. Ellers vil mellomlederen ha flere andre lederroller. Ifølge Henry Mintzberg (1973), består en leders rolle av 10 ulike lederroller: *Rollen som gallionsfigur*, *som anfører*, *forbindelsesledd*, *overvåker*, *informasjonsformidler*, *talsmann*. Hvor fire roller kan kalles

”beslutningsroller” og er roller som spesielt topplederen har stor innflytelse på, dvs. *entreprenør, kriseløser, ressursfordeler - og forhandler*.

Mellomlederen har mange av de ovennevnte rollene men i mindre grad enn topplederen.

Med en økende vektlegging på de mellommenneskelige og sosiale sidene innen ledelse er det også viktig for mellomlederen å inneha en integratorfunksjon, der denne fokuserer på sosiale mekanismer innen jobben. Det handler om å gjøre det nødvendige for helheten. Her tas opp viktige spørsmål om *deltakelse, identitet, oppslutning, moral og utvikling og konfliktløsning* (Strand: 482ff). Integratorfunksjonen innebærer roller som *veileder og hjelper*. Ledere som er gode hjelpere er ”(...) personer som ikke lar seg vippe av pinnen under press, og som tåler konflikter. De er gode til å få folk til å føle seg som en del av et felles tiltak. I veilederrollen beskrives de som åpne, rimelige og lette å være sammen med, men har en tendens til å være ettergivende overfor sine medarbeidere” (Quinns studie 1988:104 i Strand: 499).

Med forandringer innen helsevirksomhet til mer mål- og rammestyring, desentralisering med større ansvar og myndighet og frihet har lederrollen fått en større tyngde. Ingela Thylefors (1991) sier følgende om kompleksiteten i lederrollen: ”Lederrollen består i høy grad i å avveie forskjellige interessers rettmessige krav, behov og ønsker. Lederne befinner seg i en stadig og uunngåelig lojalitetskonflikt”.

God lederatferd - integratorlederen.

For det første må en god leder stå frem og være symbol på viktige ting i organisasjonen, spesielt her i forhold til verdibasert ledelse - og organisasjonens kjerneverdier. For det andre bør lederen tørre å gå inn i tette relasjoner med ansatte og prioritere samtaler - og ha kommuniserende atferd.

Torodd Strand illustrerer dette:

(...) De uttrykker åpenhet og tillit og viser interesse ved å gi oppmerksomhet og fornuftig respons på medarbeidernes signaler. De forstår også verdien av å bygge relasjoner i fredstider, slik at vanskelige spørsmål kan løses mot en klangbunn av gjensidig forståelse og tillit. De virker inkluderende ved å være i stand til å forholde seg til flere typer mennesker - og på alle nivåer (...). De er oppmerksomme på og greier å ta i bruk sosiale prosesser og følelser i relasjoner og i sammenkomster og møter, og lar tilsynelatende ikke det usaklige og de undertrykte følelsene styre utfallet (Strand 2007).

For det tredje er den gode integrasjonslederen opptatt av å utnytte og utvikle medarbeidernes

kompetanse med minst mulig styring. Lederen ser sin rolle som veileder og hjelper, og forstår at det er intellektuelle forutsetninger og holdninger som muliggjør gode resultater (Strand 2007: 502 ff).

Lederens holdning og atferd handler om verdier. Derfor er det viktig at lederen er bevisst hvilke verdier som styrer i arbeidsdagen, i relasjonssammenheng .

Den danske erhvervsforskeren, Peter Beyer (2006) hevder at motivasjon vil være den viktigste lederoppgaven i fremtiden. De sentrale motivasjonsfaktorene han fokuserer mest på er *selvledelse og læring*. Beyer er mest opptatt av den indre motivasjonen.

Den store utfordringen for lederen blir her å skape et engasjement om organisasjonens overordnede mål og visjoner slik at de ansatte motiveres til å støtte ide`grunnlaget og bidrar til felles beste i organisasjonen (Beyer 2006:12, :113).

Det synes her viktig å belyse ledelsesfunksjonens tette kopling til ”makt” og ”tillit”- et område som flere forskere innen ledelse er opptatt av.

Makt

Ordet ”makt” er synonymt med evne, autoritet, myndighet, herredømme, styrke og tvang (Norske synonymer 2007). Ledelse innbefatter bl.a. begreper som innflytelse og makt.

Konkret vil det si hvordan lederen får *noen til å gjøre noe* for organisasjonen. Ledelse hviler på *sosial* makt, dvs. en evne hos et menneske til å påvirke et annet menneske. Makt er noe vi alle har, i relasjoner med andre rundt oss. Men noen har større makt enn andre, for eksempel lederen. En av mange definisjoner på makt lyder enkelt: ”Evnen til å bli adlydt” (Rollo May (1976) i Skogstad og Einarsen 2008: 277). May ser for eksempel makt som en evne til å forårsake eller forhindre forandring.

Makt er forbundet med posisjoner og utfoldes gjennom handling. Det er noe som noen er i besittelse av. Makt kan være en tilstand, men kan også fungere som en prosess. *Makt* er vanskelig å gripe analytisk fordi maktbegrepet, ifølge Sørhaug (1996), har en spesiell type uttrykk som kalles ”flytende uttrykk”. De er en type uttrykk som bare får konkret mening når man setter dem inn i bestemte kontekster. Men til tross for dette rommer ” de flytende uttrykkene” en masse mening (...) (Sørhaug 1996:21). Som sagt får makt som uttrykk konkret

mening når det settes inn i forskjellige kontekster. I ledelsessammenheng kan vi f.eks. snakke om *sosial* makt – og *symbolsk* makt som fins i forhold til en leder eller ledergruppe. Den symbolske makten er en makt som er symbolsk til stede i kraft av at en ledelse har en posisjon og makt over underordnede ansatte.

Symbolsk makt

Symbolsk makt kan forklares som Pierre Bourdieu gjør det i boken ”*Meditasjoner*”: et begrep som beskriver makten til å konstruere verden gjennom oppfatningen av den. Med symbolsk makt kan man oppnå det samme som man kan med fysisk eller økonomisk styrke, og med de underordnede (undertryktes) samtykke. Han sier bl.a.: ”*Symbolsk makt kan ikke utøves annet enn i samarbeid med dem som skal adlyde den, fordi disse bidrar til å konstruere den sådan*” (Bourdieu 1999: 178). I denne sammenhengen er det relevant å knytte et annet interessant begrep av Bourdieu - ”doxa” - opp mot makt og symbolsk makt. ”Doxa” er kunnskapen som tas for gitt, den kunnskapen som finnes innen et spesielt felt uten at den problematiseres eller stilles spørsmålsteget ved. Doxa er den type kunnskap som regnes for ”sunn fornuft” eller det selvsagte, en slags kollektiv viten og mening. Denne doxa, med den bakenforliggende makten, ”synes” ikke før noen innen feltet konfronterer den sannhet alle tar for gitt (eks. ”slik har vi alltid tenkt - og gjort det”).

Aktualisert til en sykehussammenheng kan vi kanskje si at doxa kan være den rådende maktstruktur og ordning (også implanteringen av kjerneverdiene) som toppledelsen eller andre ledere representerer. Er verdibasert ledelse uten makt kan vi spørre? Nei, makten ligger der i det symbolske uttrykket, i eksempelvis kjerneverdienes overbevisningskraft. Spesielt i denne organisasjonen som har et diakonalt verdiuttrykk synes den symbolske makten å være enda sterkere til stede.

Spenningen mellom makt og tillit

Makt handler på mange måter om mennesker, relasjoner og tillit. Makt kan skape tillit, men behøver ikke å gjøre det. Tillit er ofte definert i kontrast til makt. *Tillit* kan defineres som åpenhet/ærlighet mot en eller flere personer. Ifølge Harald Grimen har tillit en retning, som er definert av det tillitsgiveren venter seg. Han er sårbar overfor andre sin mulig vonde vilje, men venter at viljen er god (Grimen 2001). Videre sier Grimen at analyser av makt som utelater tillit, blir grunne og analyser av tillit som utelater makt, blir naive (ibid 2001).

Om spenningen mellom makt og tillit sier T. Sørhaug:

Organisering baserer seg bestandig på makt og tillit, og makt og tillit er størrelser som både truer og forutsetter hverandre. Det er rimelig enkelt å innse at makt alltid truer tillit. Har man makt, kan man alltid overkjøre behovet for tillit og tvinge fram ønskede handlinger hos andre (Sørhaug 1996:23).

Som leder må en håndtere denne utfordringen. Der det finnes makt vil det også alltid finnes avmakt. Det vil her være viktig at en leder viser evne og vilje til å skape tillit hos personalet - for å skape gode relasjoner og godt samarbeid.

En mellomleders utfordringer – og arbeidsområde.

Med bakgrunn i den nyere ledelsesbaserte og markedsorienterte styringsformen *New Public Management* og dens inntok bl.a. i det offentlige helsevesen har omsorgsinstitusjonene fått nye styringsteknikker for å kunne utøve aktiv og mer effektiv ledelse. Med NPM har vi også fått nye ledelsesbegreper og nytt språk. De nye begrepene er bl.a.: *målstyring, kvalitetsledelse, effektiv ressursutnyttning*. De nye talemåtene fortrenger til dels de gamle uttrykkene som administrasjon, forvaltning og saksbehandling (Strand 2007: 318). En mellomleder på Sykehus X har også arbeidsområdet sitt og utfordringene innenfor en verdibasert ledelsesstrategi, noe som i utgangspunktet vil skape store utfordringer i spenningsfeltet opp mot Management-styringsformen.

Med bakgrunn i NPM kan vi si at de forskjellige nivåene av *mellomledelse*, er under press.

Det vil si at mange av de koordinerings- og informasjonsoppgavene som ligger til disse nivåene, er blitt overtatt av effektive informasjons- og kommunikasjonssystemer, og arbeidstakerne på det utførende leddet er blitt mer kompetente og kan selv kommunisere direkte på tvers av andre enheter, slik det foreligger for eksempel i total kvalitetskonseptet. Organisasjoner sanerer derfor ledere i mellomsjiktet, samtidig som de strever med å lage roller for formidling av toppledelsens entreprenørskap ut i organisasjonen (Fulop 1991, Norton 2005 i: Strand 2007: 570).

Vi ser tydelig i mange organisasjoner, også i helsevesenet, at tendensen i de senere år har vært å lage færre nivåer og færre ledelsesledd i organisasjonene.

Vi har f.eks. i dag en stillingstittel på mellomnivå som heter *enhetsleder*, noe som tidligere ble kalt for avdelingsleder. Aktualisert til sykehussituasjonen vil denne tittelen og

funksjonsområde omhandle i utgangspunktet omtrent det samme arbeidsområdet som før f.eks. på avdelingsplan, bortsett fra at det nå er plassert langt flere arbeidsoppgaver til denne stillingsfunksjonen. Dette ser vi bl.a. i forhold til de mange personal- og kvalitetsoppfølgingsoppgavene som i stadig større grad blir overført til enhetslederne. Begrunnelsen er *desentralisering* og at disse sakene mer naturlig kan løses på postplan der tingene skjer. Og løsningsverktøyet (eller redskapene) er den elektroniske kommunikasjonen via organisasjonens IT-system.

Enhetsledere/mellomledere vil lett føle seg i krysspress, nettopp mellom toppledelsen og de ansatte. Arbeidsbelastningen føles stor, i mange tilfelle for stor, slik at det går på helsa løs. Strand påpeker følgende i forhold til de økende krav til lederne:

Offentlige ledere er trygge i sin stilling, men sårbare for bedømmelse. De er bl.a. underlagt flere målestokker. Folkevalgte, presse og interessegrupper kan ta dem fram etter godtykke(...). Management- teoriene og forvaltningene gir lederne redskaper, men de stiller også høyere forventninger. Lederen blir i alle tilfeller utfordret av kravet om å holde fanen høyt og motet oppe.(ibid: 349).

2.1.6 Kjennetegnet ved de som blir ledet – personalet.

Personalet - organisasjonens viktigste ressurs

Ledelse, organisasjon og kommunikasjon er nært beslektede begreper. De handler på forskjellig måte om sosiale systemer – om fellesskaper og om mennesker. Langt de fleste metoder, teorier og vektøyer innen ledelsesområdet inneholder eksplisitt eller implisitt vesentlige kommunikasjonselementer (Hildebrandt i Nordhaug/ Kristiansen 2007: 48ff). På mange måter viser både litteratur og erfaringer fra arbeidslivet at det nettopp er *menneskene og kommunikasjonen* det først og fremst handler om når virksomheter skal fungere velsmurt og utøve god service og produksjon². Som psykolog og forsker Ingela Thylefors sier det:

Menneskene er vår fremste ressurs konstaterer dagens bedriftsledelse. Innenfor velferdsorganisasjoner er dette en ubetinget sannhet. Virksomheten bygger på menneskelig

² Spesifikt i helsevesenet: behandling og tjenesteyting

interaksjon, og personalet i den operative virksomheten kan ikke rasjonaliseres bort uten at det går utover kvaliteten. Pleie, omsorg og utdanning kommer også i framtiden til å være personalintensiv virksomhet (Thylefors (1991) i Skogstad/Einarsen 2008: 274).

Også innen verdibaserte virksomheter, som dette sykehuset, er den menneskelige faktoren i utgangspunktet høyt prioritert, både i forhold til pasienter og personale, (jf. institusjonens målsetting, ide`-grunnlag, kjerneverdier og ”Etikkveilederen” 2007). Noen eksempler kan være:

Formuleringene i forhold til kjerneverdiene ”respekt” og ”tjeneste”: ”Hver enkelt pasient og pårørende skal møtes med den respekt som alle mennesker fortjener – fordi hvert individ er unikt (...). Og i ”tjeneste” ”*ligger service, høflighet, tilgjengelighet og barmhjertighet i møte med så vel (...)som kolleger og samarbeidspartnere*”.

Og følgende fra ”Etikkveilederen (2007): ”*Ansatte skal reflektere de samme holdningene til hverandre som vi tilstreber i møte med pasienter og pårørende*”.

Forventninger om at leder oppfatter de ansattes behov – uten ordene er sagt

I arbeidsmiljøundersøkelser i velferdsorganisasjoner avsløres det også at medarbeiderne har store krav til lederne – ikke minst når det gjelder bekreftelse og det at ledere skal være lydhøre nok til å oppfatte uttalte behov. En forklaring på alle forventningene som rettes oppover kan være de ansattes tretthet. Dvs. de arbeider hele tiden hardt med å dekke andres behov i jobben (f.eks. pasientenes) og så hviler de ut i forhold til lederen sin. Det synes imidlertid urimelig at lederen skal ha hele ansvaret for å identifisere og løse problemer i forhold til ansatte. Det må være rimelig å forvente at det eksisterer et gjensidig forhold, en dialog mellom personal og leder. En slik konsultativ arbeidsmåte som mange ansatte praktiserer både i forhold til sine pasienter, brukere og samarbeidspartnere burde også prege forholdet mellom leder og medarbeider i høyere grad. Da ville det kunne bli et mer jevnbyrdig forhold (Thylefors i Skogstad/Einarsen: 286).

2.2 Etikkens og verdienes plass i omsorgsinstitusjoner

Ut ifra at sykehus og diakonale institusjoner er *verditunge* organisasjoner (jf. kp 1.1) har etikk og verdier i utgangspunktet en stor plass her. Man kan spørre om verdibasert ledelse er en type ledelse der etikk og verdier får større plass enn i andre typer ledelse? Svaret må bli et ubetinget ”ja”, fordi organisasjonen i stor grad styres på grunnlag av kjerneverdier og fordi

den institusjonelle lederen bevisst er verdibærer og trolig har et spesielt fokus på personlig moral og verdier i samarbeidsøyemed.

Etikkens opprinnelse

Kan etikken fra oldtiden lære oss noe i dag? De greske filosofene Sokrates, Platon og Aristoteles synes å kunne gi oss viktige bidrag til bakgrunnen for drøfting av etikk, moral, verdier i dag. De fortsatte utviklingen av den såkalte *moralfilosofien* som er et annet navn for etikk. De var opptatt av spørsmålene om: ”Hva er *det gode* og *rette* – Hva er *det sanne*? – og ”Hvordan *gjøre det gode*?”. Platon snakket bl.a. om de fire kardinaldydene: *visdom, mot, måtehold* og *rettferdighet*.

Etikk og moral

Begrepet ”etikk” kommer opprinnelig fra det greske ordet ”*ethos*” - og ”moral” av det latinske

ordet ”*mos*”. Opprinnelig har begge begrepene den samme betydningen som er *skikk* og *bruk* eller *sedvane* og er synonymt med begrepet ”morallære”.

I dag kan begrepet *etikk* enkelt forklares på følgende måte:

(...) det dreier seg om de reglene og kjennetegnene vi bruker når vi foretar moralske vurderinger. Etikken kommer til uttrykk gjennom det vi tenker. Vi spør hvorfor noe er riktig eller galt, og om de reglene vi har kan begrunnes (Christoffersen 2005: 10).

Moralen dreier seg da først og fremst om det vi *gjør*, om selve handlingen. Ved en moralsk vurdering spør vi oss om noe er riktig eller galt (ibid 2005). En moralsk handling er en handling som stemmer overens med det vi mener er rett, riktig og godt ut ifra de kriterier vi har valgt. På dette grunnlaget ønsker jeg å undersøke verdibegrepet.

Hva betyr etikk i dag?

Med disse tankene fra antikken fikk velferdsorganisasjonene fokus på etikk og verdier på 80-tallet. Gjennom den såkalte postmodernismen, som er en samlebetegnelse på vår kultursituasjon i dag, ble samfunnet vårt influert av et stort *verdimangfold*. Nettopp fordi postmodernismen blant annet kjennetegnes av at virkeligheten vår beskrives og forstås ut ifra utallige synsvinkler, og at alt er relativt, synes etikken å bli relevant og viktig på en ny måte. Samfunnet vårt synes å trenge etikken, det å ha en rettesnor å navigere etter i forhold til de

mange etiske dilemmaene i samfunnet. Mange store straffesaker i det offentlige rommet, de siste årene, synes nettopp å underbygge etikkens betydning for å navigere *rett*.

Etikk har alltid vært en del av ledelsesfilosofien, men i mindre grad bevisstgjort. Fra 1980-årene av ble det en fornyet interesse for etikk, både i Norge og internasjonalt. Først på 1990-tallet ble *etikk* et av tidenes sterkeste signaler, som (...) ” *en bølge som begeistrer mange, og med fokus på personlig moral og styring av organisasjoner på grunnlag av verdier*” (Røvik (1998): 250). Siden har etikken vært et viktig og bevisstgjørende begrep.

Alle organisasjoner med respekt både for seg selv og sin kvalitet - og de eksterne kundenes interesser, snakker åpent om etikk og verdienes betydning i arbeidet som skal gjøres.

Og når det er tale om god og vellykket bedriftsledelse i våre dager, spørres det ofte etter hvilken *verdibevissthet* bedriften har.

Med denne bakgrunnen kan vi si at etikk fortsatt er aktuelt, også med de etiske spørsmålene fra oldtiden: Hva er det gode- og det sanne? - og Hvordan gjøre det gode?

Også Platons fire kardinaldyder har igjen har fått sin renessanse bl.a. i helsevesenet - og på ledelsesområdet, dvs. eksempelvis i forhold til verdiene: *rettferdighet, mot og visdom*.

Aktualisert til Sykehus X og verdibasert ledelse har denne diakonale institusjonen (i tillegg til kjerneverdiene) sin etiske begrunnelse i syv grunnleggende verdier: *tro, håp, kjærlighet* - og (kardinaldydene): *visdom, mot, måtehold og rettferdighet*. Disse 7 verdiene er grunnleggende for den diakonale tradisjon som Sykehus X bygger på.

Hva er verdier?– og hvilken type verdier er aktuelle i verdibasert ledelse?

Verdier

Som tidligere anført kan verdier defineres på forskjellig måte - og betyr forskjellig for forskjellige personer og forskjellige fellesskap (jf. kp 1.2.5 og 1.2.6). Begrepet kan også forklares som dr. theol. Ulla Schmidt gjør det: ”Verdi” et viktig og mangfoldig begrep, med mange ulike definisjoner (1800 ++). Ifølge Schmidt (som bl.a. diskuterer verdiforskning i forhold til etisk teori) oppfattes fellestrekket ved verdi gjerne som ”*preferanser og goder som man vil ha realisert*”. Spørsmålet om hvorvidt noe er en verdi kan ses ut fra ulike

perspektiver, ifølge Schmidt. ”Om noe er en verdi *for meg, for nære relasjoner, for arbeidsplassen min* - eller *for samfunnet generelt*. ”Det at noe er en verdi kan ikke utelukkende forstås som at det er ”to be promoted”, dvs. noe som skal fremmes eller maksimeres”. Men det kan også dreie seg om andre sider ved verdi -begrepet. ”Å si at noe er en verdi, innebærer også noe om *hvordan* man forholder seg sakssvarende til det. Dette betyr at ”verdi” ikke bare knyttes til tilstander som skal fremmes og goder som skal maksimeres, men også til handlinger og praksiser” (Schmidt (2002) i Johannessen og Schmidt (red.): 167ff).

Vi ser at verdi -begrepet bl.a. ikke bare er individsentrert vedrørende ”mine verdier” (jf. også 1.2.5), men at det også er sentrert omkring fellesskapet og ”felles verdier”. Dette kan illustreres ved å vise til at samfunnsvitenskapelige verdiundersøkelser i stadig økende grad viser at verdiskaping både omfatter de kvantitative verdiene og kvalitative verdiene (f.eks. ”fellesskapsverdiene”). Retningen mot et mer samfunnsorientert verdibegrep ses tydelig i tekstene til den statlige ”Verdikommisjonen”. Her heter det i ”Midtveisrapport”, ”Verdier – fellesskap og mangfold” (1999):

Verdier er overordnede ønsker og oppfatninger som vi legger til grunn for våre valg og beslutninger” (12). Verdier er identitetsbærende(...) (13) (Asheim: 50).

Institusjoner trenger verdier for å berettige seg selv og sin virksomhet og for å ha en positiv identitet. Mens enkeltmenneskers verdier er grunnlaget for personlig moral, er institusjoners verdier grunnlaget for samfunnsmoral ((14) ibid).

Om verdiene i helsetjenesten heter det:

”Verdier uttrykk for hva vi som individer, grupper og samfunn anser for å være godt og verd å strebe etter” (”Om verdier for den norske helsetjeneste”, St.m. nr. 26, 1999-2000).

Eksempler på verdier i helsetjenesten er bl.a. *respekt, kvalitet, tillit og rettferdighet* (Ot.prp. nr. 12 (1998-99):11).

Hvilken type verdier er aktuelle i verdibasert ledelse?

For å tydeliggjøre hvilken type verdier vi snakker om når det gjelder verdibasert ledelse vil det først og fremst være tale om: *etiske, psykologiske, estetiske* – og *felles verdier*.

Det kan eksempelvis nevnes at Sykehus X også har et fokus på *estetiske* verdier:

”Vi har som mål at både ansattes handlinger og sykehusets estetiske utforming skal formidle sykehusets verdier til (...)”.

(Fra institusjonens hjemmeside under spørsmålet: ”Er et diakonalt sykehus et annerledes sykehus?”)

Verdier som gir en positiv orientering til ønskverdige tilstander hos den enkelte, i institusjonsfellesskapet og i samfunnet (jf. kp 1.2.5 og 1.2.6).

Min tidligere arbeidsdefinisjon av ”verdier” var i utgangspunktet av rommelig og noe abstrakt karakter: *Goder vi ønsker å realisere*. Ved etter hvert å velge en annen mer spesifikk definisjon synes verdi -begrepet å ha fått et mer tydelig uttrykk. Slik kan det lettere forstås og nedfelles i praksis. Jeg har valgt følgende definisjon av professor E. Aadland: ”(Verdier er) *”(...) Stabile mål, ideal og prioriteringer som kommer til uttrykk gjennom ord og handlinger”*. (Aadland 2000). Denne verdidefinisjonen benyttes når jeg skal analysere datamaterialet fra fokusgruppene.

3 PRESENTASJON OG ANALYSE AV MATERIALE

I dette kapittelet analyserer jeg det empiriske materialet fra de to fokusgruppene, gruppen med mellomledere - og gruppen med kliniske sykepleiere (jf. kp 1.3).

3.1 Bakgrunnsinformasjon

Begreper og stillingsbetegnelser som fremkommer i intervjuene:

Diakonisykepleier

Diakonisykepleiere er kliniske sykepleiere som har et særlig fokus på diakoni, verdier og etikk på avdelingsplan. De arbeider både i forhold til kolleger og pasienter - og har avsatt en dag i uken til dette arbeidet. Sykehus X ønsker med dette arbeidet:

"å styrke den verdibeviste fagligheten hos dem som arbeider nærmest pasienten. Målet er å heve kompetansen til den enkelte ansatte, slik at aktuelle beslutninger reflekterer sykehusets kjerneverdier og yrkesetiske praksis".(jf. Hjemmesiden til Sykehus X/ "Ofte stilte spørsmål om diakoni" eller intern brosjyre ³)

Fagsykepleier

En fagsykepleier arbeider i 100 % stilling; en ansatt på hver avdeling. Denne har det faglige ansvaret (sammen med avdelingsleder) for å heve kompetansen på det faglige, etiske området til pleiepersonalet.

3.2 Kategorisering av empirien

Etter at fokusgruppeintervjuene var utført, laget jeg en grovkategorisering hvor jeg sorterte data (kp.1.2). På bakgrunn av arbeidshypoteser og problemstillinger har jeg satt opp 5 hovedkategorier som det empiriske materiale ble analysert innenfor:

³ Informasjonen finnes også i intern brosjyre: "Diakonisykepleie: Hva kan vi gjøre sammen for nestekjærlighet?"

1. Hva er verdier?
2. Bevisstgjøring i forhold til kjerneverdiene
3. Hva er kjerneverdiene verdt i praksis?
4. Utfordringer/konflikter mellom kjerneverdiene og verdiene i praksis

Kapitlene som nå følger analyserer det empiriske materialet i lys av teorier for ledelse, etikk og verdier som er presentert i kapittel 2. Gjennom analysen søker jeg å få frem hvilken forståelse og bevissthet av verdier mellomledere og kliniske sykepleiere har, og hvordan denne forståelsen kommer til uttrykk i praksis.

3.3 Hva er verdier?

Hva mener sykepleiere i praksisfeltet at verdier er - og hva betyr de i arbeidsdagen? Jeg stilte følgende introduksjonsspørsmål: *”Hva tenker du når du hører begrepet: ”verdi”?*

Introduksjonsspørsmålet var i utgangspunktet ment å skulle lette innføringen til temaet om verdier i praksis. Samtidig skulle spørsmålet være et slags bevisstgjøringsspørsmål og vise til hva den enkelte tenker om ”verdier” og begrepets betydning i hverdagen.

Lederne

Mellomlederne svarer kort, konsist og i stikkordsform om hva begrepet ”verdi” betyr for dem. Noen svarer: ”betydning”, ”kjennetegn”, ”refleksjon” og ”bevissthet”, mens andre svarer: ”høytsvevende, fine ord” og ”moteord”. Svarene synes å peke i flere retninger.

Verdier er ” høytsvevende fine ord” - og ”moteord”.

Når en leder svarer *”moteord”* kan man ikke uten videre forstå dette utsagnet, da informanten ikke utdypet begrepet ytterligere her.

Når en annen (med lederbakgrunn i verdibasert ledelse) formidler at verdier er *”høytsvevende, fine ord”* kan utsagnet antakelig forstås som at verdiene (”de fine ordene”) svever *litt* for høyt og ikke nedfelles i tilstrekkelig grad i lederens arbeidsdag. ”De fine ordene” kan vise til

moralsk akseptable begreper og god retorikk. Det egentlige budskapet bak ordene blir kanskje lite synlige i hverdagen.

Tilsynelatende kan lederne to verdiutsagn tyde på at lederne utviser en viss distansert og kritisk holdning til verdibegrepet - eller omtalen av verdier i deres aktuelle arbeidssituasjon. Den antatte reservasjon eller kritikk i forhold til samtale om verdier synes til en viss grad å kunne underbygges ved en observasjon fra fokusgruppen. Både observatør og gruppeleder observerer at en av lederne (med: ”høytsvevende, fine ord”) utviser tydelige nonverbale tegn på en tilsynelatende reservasjon i forhold til tema. Det vil si en anstrengt ansiktsmimikk med ”himlende øyne” og noe oppgitt tonefall. Tilsynelatende virker denne lederen oppgitt eller muligens provosert av spørsmålet mitt om ”verdier”.

Verdier er ”bevissthet”, ”refleksjon”, ”betydning” og ”kjennetegn”

Et annet viktig poeng er at de øvrige lederne viser til begrepene: *bevissthet*, *refleksjon*, *betydning* og *kjennetegn*. Det er i utgangspunktet forventet at ledere i en verdibasert omsorgsvirksomhet har slike refleksjoner som bakgrunn for å utøve ledelse.

Som mellomleder vil man ha et spesielt faglig og etisk ansvar i forhold til virksomhetens ledelse, drift, pasienter og personalet. Ut ifra leders kunnskap om virksomheten og behovene, må lederen være *bevisst* og *reflektert* for å kunne ta best mulig faglig etiske valg. Ansvarlighet og lojalitet er noe som både sykepleierprofesjonen, virksomheten og samfunnet krever. Vi kan tenke oss at det mest sannsynlige svaret på disse lederes utsagn handler om en kombinasjon av personlig kunnskap, klokskap som leder - og profesjonskunnskap og plikt til å utøve et bevisst faglig og etisk skjønn i mellommenneskelige relasjoner.

De kliniske sykepleierne

Helt fra gruppestart utviste sykepleierne en åpen og undrende holdning i forhold til drøftingen av verdier i det personlige livet og i arbeidslivet. Dette var en felles observasjon og refleksjon som både observatør og gruppeleder gjorde. Sykepleiergruppen hadde lengre og mer utfyllende svar enn ledergruppen. Sykepleierne åpnet og engasjement i forhold til tema virket interessant, skapende og utviklende for selve gruppeprosessen (jf. ”brainstormings - prosessen”, kp 1.3.2).

Verdier er ”noe litt svevende”.

En svarer: ”Det første jeg tenker er noe litt svevende”. Begrepet ”verdi” kan oppfattes som et *noe svevende* - og lite praksisnært begrep. Det er avhengig av hvilket innhold man fyller i begrepet, eller om - og i hvilken grad - man har en etisk refleksjon i forhold til temaet i hverdagen. I utgangspunktet er tanken om at ”verdi” er lite konkret og et ”noe svevende” begrep, en allmennmenneskelig tanke. Derfor kan ”verdier” også være et vanskelig begrep å forholde seg til i det praktiske liv.

Verdier er ”noe alle tenker, som positiv, negativ (eller nøytral) innhold; de kan f.eks. være forbundet med en trosretning”

Tanken om at verdier er ” *noe som alle tenker*”, forteller oss for det første at dette sannsynligvis handler om den allmenne oppfatningen, den såkalte *allmennmoralen*. Dette betegner hva folk flest tenker om etikk og verdier. At visse verdier har en grunnleggende betydning for den enkelte og for samfunnet.

Når sykepleieren sier at verdier *kan ha positiv, negativ eller nøytral betydning*, tolker jeg at begrepet vil få ulik betydning alt etter innholdet man fyller i verdibegrepet (jf. kp 1.2.6). Et eksempel er at verdier ”*kan være forbundet med en trosretning*”. Dette kan kanskje ha sin bakgrunn i at sykepleieren arbeider på et diakonalt sykehus med en selvforståelse i *nestekjærlighetstanken*, slik det gjenspeiler seg i fortellingen om ”Den barmhjertige samaritan”. I selve navnet på det diakonale sykehuset finnes nettopp ordet ”*diakoni*”. Ordet ”*diakoneo*” er gresk og betyr blant annet ”å være til tjeneste” og ”ha omsorg for”. Sannsynligvis synes informantene indirekte å vise til ”kristne verdier” som verdibegrepet kan knyttes til (jf. ”tjeneste -verdier” på sykehuset). Når ”verdier” forbindes med en trosretning kan verdien formelt ses på som en ”individuell verdi” - og ”felles verdier” (jf. kp 1.2.6).

Verdier er ”forskjellige fra den ene person til den andre, ut ifra hvilket yrke man har”

Et interessant poeng påpekes:

”Kanskje kan man ha samme verdier som sykepleier og menneske – og noen andre (verdier) hvis man f.eks. er menneske og selger? Som selger går du kanskje litt over streken for å få solgt noe. Men er du sykepleier er du god og snill. Det er ikke noe lureri”.

I noen sammenhenger kan det være forskjellige verdiorienteringer, i forhold til om man f.eks. er sykepleier eller selger. Kanskje det kan ha sin forklaring i at sykepleieres arbeid handler om mennesker, mens for eksempel selgeres arbeid handler mer om ting, systemer – og penger. Men her må vi være forsiktige, så vi i slike betraktninger og generaliseringer ikke bidrar til å forsterke ”inngrodde” oppfatninger om ”de andre”. Vi opplever flere ganger at for eksempel selgere kan vise til moralsk atferd og gode allmennmenneskelige verdier som høflighet, respekt og ærlighet.

Svarene og refleksjonene vedrørende ”sykepleieren som fagperson” synes å vise til viktige egenskaper for en sykepleier: *godhet, ærlighet* - og *felleskapsverdier*.

Det å være sykepleier handler om verdier som vises i praksis, ved det å gjøre det *gode* og bruke sine evner og ressurser til beste for andre. De to informantene synes her å vise til grunnleggende individuelle verdier som bør være styrende innen sykepleieromsorgen. Jeg tolker sykepleierens svar dit at det er viktig for denne (og for sykepleiere generelt) å ha gode personlige egenskaper i omsorgsyirket. Sykepleieren synes å peke på egenskaper som *godhet, respekt* og *ærlighet* i sin omsorgspraksis. Denne holdningen viser tilbake til verdier som sykepleierprofesjonen og den diakonale institusjonen bygger på.

”Verdier er fellesskapsverdier (f.eks. på et sykehus)”

Tilsynelatende dreier det seg om visse felles verdier (her kjerneverdiene: ”respekt”, ”kvalitet”, rettferdighet” og ”tjeneste”) som ansatte i et sykehus har.

Det interessante synes å være at en informant poengterer at ”de felles verdiene” kan være ”(...)verdier som ansatte har - eller det er meningen at vi har på sykehuset”. Det synes som informanten her peker på sykehusets kjerneverdier og ansattes lojalitet i forhold til sykehusets verdigrunnlag. (jf. sykehusets ”Etikkveilederen” 2007).

3.4 Bevisstgjøring i forhold til kjerneverdiene

Når man spør seg hvilken betydning verdier har i en helseinstitusjon, er det viktig å vite utgangspunktet for verdiorienteringen - og hvordan verdiene konkret nedfeller seg i praksisfeltet. Hvem har introdusert og definert kjerneverdiene? Hvem markedsfører dem videre og vedlikeholder verdidiskusjonene? Og ikke minst: Er kjerneverdiene synlige i hverdagen?

Nye arbeidstakere introduseres for sykehusets *kjerneverdier* på ”introduksjonskurset” i løpet av de første ukene på sykehuset. Her formidles bl.a. de fire kjerneverdiene *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*. Som arbeidstakere på sykehuset har alle medarbeidere plikt til å holde seg oppdaterte i forhold til sykehusets kjerneverdier og verdigrunnlag. Dessuten er det påkrevd at det fortløpende arbeides med etiske refleksjonsprosesser i forhold til pasientbehandlingen og samhandlingen med pårørende og kolleger (jf. ”Etikkveilederen 2007).

Spørsmål: ”Når - og hvordan ble du som leder/sykepleier gjort kjent med sykehusets kjerneverdier?”

Ledergruppen

De fleste lederne ble kjent med kjerneverdiene via internt ”flyveblad”, intranett, sykehusets introduksjonsprogram (”Intro -kurs”) eller diakonisykepleier (på postplan).

Alle ledere har antakelig ikke vært på Info-kurset og hørt om kjerneverdiene, siden kun en nevner dette foran. De fire kjerneverdiene ble først introdusert på ”Intro -kurset” i 2003. Derfor har flere av lederne, med mange års erfaring på sykehus X, ikke blitt kjent med kjerneverdiene på tidligere ”Intro -kurs”, men via andre informasjonskanaler. Det synes interessant at en leder ble kjent med verdiene via ”diakonisykepleier” i avdelingen, og ikke gjennom egen leder. Man kunne forventet at en mellomleder hadde presentert kjerneverdiene for sin assisterende leder. Det er viktig å merke seg er at de fleste lederne er bevisste på *hvor* de har hørt om kjerneverdiene.

Spørsmål: ”Er det noe som har vært tatt opp i organisasjonen etter at du første gang hørte om verdiene?”

Noen svar:

”Kjerneverdiene er ofte levende til stede i samtaler”.

I utgangspunktet forventes det fra samfunnets side at de spesifikke kjerneverdiene bør være både sykehusets og de ansattes utgangspunkt – med henblikk på utøvelse av kvalitetssikret omsorg og samarbeid. Toppledelsen forventer (ifølge sine etiske retningslinjer) at kjerneverdiene bl.a. er det verdimeslige utgangspunktet og inspirasjonskilde for den tjenesten som også mellomlederne yter.

At verdier oppleves som ”*levende til stede*” vil si at verdiene tilsynelatende har fått et praksisnært uttrykk i hverdagen på visse ledermøter. Det spesielle er at *kun en* leder på dette sykehuset formidler at kjerneverdiene ofte er levende til stede i samtaler. Trolig dreier dette seg om et spesifikt klinikkledermøte (f.eks. på kirurgisk avsnitt).

Fokuseringen på kjerneverdiene i et lederforum synes meget viktig, spesielt på et verdibasert og diakonalt sykehus, nettopp fordi lederne er viktige symbolbærere og verdiformidlere overfor personalet, pasientene og samfunnet rundt.

”Kjerneverdiene er tatt opp i kontroversielle sammenhenger”

En annen leder synes å signalisere at kjerneverdiene blir tatt opp i sammenhenger som er kontroversielle. Vi kan tenke oss at kontroversielle sammenhenger på sykehuset kan være økonomimøter der tydeliggjøring av kjerneverdiene eksempelvis kan oppfattes som et følelsesmessig vanskelig tema i en økonomisammenheng.

Hvis kjerneverdienes tilstedeværelse på møter medfører følelsesladede diskusjoner, kan vi si at kjerneverdiene skaper engasjement og liv i organisasjonen. Dette ønsker en verdibasert institusjonsledelse.

På bakgrunn av to ledes uttalelser virker det som at kjerneverdiene blir tatt opp i flere sammenhenger. Verdiene kan derfor sies å ha *noe liv* i organisasjonen, særlig i ledersjiktet.

”Kjerneverdiene er *ikke* mye oppe på ledersamlinger”

At en annen leder uttrykker at verdiene er lite synlige på ledersamlinger virker interessant når det her dreier seg om utøvelse av ledelse på et diakonalt verdibasert sykehus.

Når kjerneverdiene *ikke* oppleves som mye omtalt på ledermøter, kan det være forståelig at en leder kan bli usikker i forhold til kjerneverdienes betydning i organisasjonen.

Sykepleiergruppen

Dersom noen av informantene ikke selv uttalte seg, var gruppeleder aktiv deltakende med oppfølgingsspørsmål. Jeg fikk derfor flere svaralternativer fra sykepleiergruppen enn fra ledergruppen.

Spørsmål: ”Når - og hvordan ble du som sykepleier gjort kjent med disse kjerneverdiene?”.

To sykepleiere fortalte at informasjonen om kjerneverdiene ble gitt på sykehusets introduksjonskurs. En husket ikke *når* informasjonen første gangen ble gitt. Hun hadde hørt den senere. De fleste som mente at de *sikkert* hadde fått informasjonen på et introduksjonskurs kan imidlertid tenkes å ha følt seg forpliktet til å avgi dette svaret. De følte kanskje de burde uttale seg slik, grunnet forventninger fra andre sykepleiere i gruppen og/eller forventninger fra sykehusets - eller gruppeleders side.

To andre påpekte at presentasjonen av sykehusets kjerneverdier *ikke* ble oppfattet som spesielt interessant og ikke engasjerte dem på noen spesiell måte.

Kjerneverdiene ”satt litt i veggene” på sykehuset

En sykepleier med fokus på *kjerneverdiene* på ”Intro-kurset” opplevde ”*en spesiell atmosfære*” på sykehuset som nyansatt. Hun fortalte:

”Når jeg begynte å jobbe her, følte jeg at det satt litt i veggene å oppføre seg etter disse begrepene. Kanskje spesielt fordi det er et diakonalt sykehus, i forhold til andre sykehus jeg har vært (...).”

At ”noe sitter i veggene” er et uttrykk som brukes når det er tale om en spesiell bedriftskultur, der det sosiale miljøet kjennetegnes ved en viss adferd og holdninger. Dette har igjen sin bakgrunn i visse verdier. ”*Den spesielle atmosfæren*” – og den implisitte oppfordringen til ”å oppføre seg etter disse begrepene” (kjerneverdiene) synes å peke mot sykehusets kjerneverdier *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*. Det verdiuttrykket som den nyansatte sykepleieren opplevde signaliserer at institusjonens *kjerneverdier* tilsynelatende

har nedfelt seg i praksis, nærmere bestemt i en del av bedriftskulturen. Når organisasjonens verdier ligger integrerte og usynlige i veggene, er en integrert verdipraksis til stede.

Spørsmål: ”Har kjerneverdiene vært tatt opp i organisasjonen etter at dere første gang hørte om verdiene? (evt. når?)”

Flere informanter påpekte at de senere hadde hørt om kjerneverdiene på ”fagdager”⁴, og en tilføyde i tillegg å ha hørt om verdiene av avdelingens ”diakonisykepleier”.

Manglende kjennskap til - og engasjement i forhold til kjerneverdiene

En forteller at hun kjenner til *”holdningen på sykehuset, men at hun ikke har tenkt direkte på kjerneverdiene”* i arbeidet.

Dette trenger ikke å være ensbetydende med at sykepleieren ikke generelt er verdibevisst i jobben sin. Hun kan likevel være verdibevisst fordi den *”holdningen på sykehuset”*, som hun kjenner til, *indirekte* kan påvirke henne og være styrende i sykepleieutøvelsen. Men bare i den grad sykepleieren selv ønsker å være lojal mot institusjonens kjerneverdier og virke i forhold til disse. I tillegg vil hun som profesjonsutøver ha sine yrkesetiske retningslinjer som bevisst vil styre omsorgsarbeidet.

Interessant å bemerke er at halvparten av sykepleierne tilsynelatende ikke har hørt - eller i alle fall *ikke* har blitt engasjert i å forholde seg spesifikt til kjerneverdiene i hverdagen. De sier bl.a.: *“(...) kan ikke huske når de sist har hørt tale om kjerneverdiene (...) og verdiene” er ikke noe som blir nevnt i hverdagen*”.

Tilsynelatende synes dette å signalisere en manglende bevisstgjøring av sykehusets kjerneverdier. Dette synes interessant fordi man som sykepleier er forpliktet til å holde seg faglig og *etisk* oppdatert. Dette gjelder følgelig også i forhold til arbeidsstedet der det i sykehusets etiske retningslinjer bl.a. heter: *”Lojalitet til sykehuset og dets verdigrunnlag forventes av alle ansatte(...). Det forventes engasjement og aktiv innsats fra alle ansatte slik at vi sammen skal kunne realisere sykehusets verdier”* (”Etikkveilederen” 2007).

⁴ ”Fagdager” er spesielle dager der en fagsykepleier tilrettelegger for faglig utvikling på postplan, i forhold til aktuelle og viktige tema på avdelingen - og på sykehuset.

3.4.1 Kjerneverdien ”Respekt”

”Respekt” kommer av latin og betyr opprinnelig *å se seg tilbake* eller *å se på noe/noen en gang til*. Å vise respekt innebærer ikke å gi etter for ”førsteintrykket” i møtet med en annen men nettopp å ha en vilje til å se videre og dypere i møtet med en annen.

Utgangspunktet er sykehus X sin beskrivelse av ”respekt”.

”Respekt”: ” Hver enkelt pasient og pårørende skal møtes med den respekt som alle mennesker fortjener – fordi hvert individ er unikt. Dette er særlig viktig når vi står overfor mennesker i en sårbar situasjon”.

Kjerneverdien synes å ha en universell adresse. Et hvert menneske bør møtes *med respekt*. Som sykepleier blir det å møte andre med respekt mer enn bare et ønske fra en arbeidsgiver. Det blir en yrkesetisk plikt som både staten, virksomheten og profesjonen påkrever.

Ledernes synspunkter

Lederne synes å utfylle hverandres definisjoner og handlinger i forhold til verdien ”respekt”:

*”Respekt er et **stort** ord (...); ”Respekt for meg er samarbeid, samhandling”; ” En interesse for den enkelte arbeidstaker (...); ”Være interessert, være synlig, ta seg tid”; ”Tydelig kommunikasjon”; ” Ikke la meg farge/hemme av uenighet eller noe som ligger bak (...), men behandle dem likt (personalet)”.*

Verdien *respekt* synes å være grunnleggende for alle lederne. De viser til egne konkrete uttrykk for hva ”respekt” betyr i praksis. Kanskje forståelig fordi verdiforklaringen til sykehuset kan virke noe generell: *”(...) (pasientene) skal møtes med den respekt som alle (...)fortjener, fordi hvert individ er unikt (...)*”.

Innledningsvis påpeker noen ledere at ”respekt” er vanskelig å definere, men likevel praktisk anvendbar. Alle lederne viser fort til verdiens konkrete og praktiske uttrykk i arbeidsfeltet.

Respekt er et ”stort ord”, men betyr i praksis å behandle alle likt – og tenke gjensidig rettferdighet i relasjonen

En mellomleder mener at begrepet ”respekt” er et *stort ord*. Begrepet kan oppfattes som et noe vanskelig håndterbart begrep som kan romme en del udefinert. ”Respekt” kan være et

ideal som kan virke overveldende å strekke seg mot - og kanskje enda vanskeligere å praktisere. Man vet kanskje ikke hva begrepet egentlig betyr - og hvordan man konkret viser respekt, slik at folk virkelig føler seg respektert.

En leder kan føle forventningspresset og antakelig i stor grad føle seg målt i forhold til om denne verdien viser seg i praksis, bl.a. i forhold til medarbeiderne. Som eksempel på at det tidvis er vanskelig å vise respekt, sier lederen at dette kan ha noe å gjøre med sympati eller antipati (eller "like og ikke-like") for den enkelte ansatte. Å "behandle alle likt" betyr å tenke og behandle alle ut ifra en holdning om *likeverdighet*. Likeverdighet kan sies å være en viktig side ved en omsorgsrelasjon, noe denne lederen ønsker å vektlegge i omsorgsrelasjonen til personalet.

Denne lederen synes ellers, som den eneste fra ledergruppen, å være opptatt av at det også skal være en *gjensidig respekt* i relasjonen mellom henne og ansatte. Hun sier: " (...) Hvis de blir møtt med (...) at jeg kan hjelpe dem (...), sier de at det er veldig greit å gi noe tilbake også ". Som lederen selv påpeker syns det å være glidende overganger mellom gjensidig "respekt" og "rettferdighet". Hun sier: "Det forbinder jeg med respekt for hverandre. (...) Det er en kjernedefinisjon for meg på "Rettferdighet": " *Det å gi og ta* ". I denne sammenhengen dreier det seg tydeligvis om denne lederens moralske refleksjonsprosesser og handlinger i forhold til å ville gjøre *det gode* og *det rette* i forhold til personalet sitt.

En annen antyder implisitt at det også handler om gjensidighet i samarbeidet når hun påpeker betydningen av å vektlegge respekt i samarbeidet med personalet: "*Respekt - i samarbeidet - er å se hver og en som et individ*". Assosiasjonen til samarbeid har antakelig har sitt utgangspunkt i at leder og personal sammen ønsker å få begrepet praksisnært og nedfelt i hverdagen. Dette er tydeligvis lederens egen definisjon på det å vise respekt i praksis. Lederen synes å ville skape et *godt* samarbeid de ansatte imellom - og samtidig fokusere på å se den enkelte ansatte og kollega som en *særskilt* person, med ulike egenskaper og fortrinn.

En tredje leder viser også implisitt til gjensidigheten i relasjonen når hun sier: "*Respekt er folkeskikk for meg*". Det synes her å handle om både respekten som en leder bør utvise - og respekten som leder forventer at ansatte utviser mot henne og andre.

Når "respekt" er ensbetydende med "folkeskikk", kan man si at verdien har fått sitt nedslagsfelt i praksis. Begrepet: "*folkeskikk*" er synonymt med allmenndannelse. Det betyr at man har en fremtreden, holdning og atferd som bærer preg av en viss allmenndannelse i

forhold til moralsk atferd overfor andre mennesker. Konkret viser det seg ofte ved at man utviser vanlig høflighet, vennlighet, hjelpsomhet og respekt for andre.

Respekt er å ta den enkelte på alvor – og lytte.

De fleste lederne synes å definere ”respekt” som en spesiell interesse for den enkelte ansatte og ”å ta denne på alvor som menneske” og ansatt. De sier bl.a.:

”Det handler om en interesse for den enkelte (...), for det den har med seg inn i en jobbsetting som menneske. Det å se personalet og deres behov og imøtekomme (...) og lytte til dem (...), men ikke alltid imøtekomme deres behov”.

Lederne viser til at de ønsker å fokusere på omtanke og anerkjennelse av den enkelte ansatte. Innen god personalomsorg synes det å vise respekt for den enkelte å være et viktig utgangspunkt for en god samarbeidsrelasjon.

Videre sier lederen at man ” (...) *ikke alltid* skal imøtekomme deres (de ansattes) behov”.

Kanskje kan dette (alltid å imøtekomme personalets behov) til en viss grad virke umyndiggjørende, ved å frata personalet ansvar for selv å lære og å praktisere. Å la medarbeiderne selv prøve å ordne opp er et viktig myndiggjørende prinsipp med henblikk på å vise respekt i praksis. Antakelig vil faglige utfordringer og det ”å prøve - og feile” (med lederstøtte i bakgrunnen) gi den enkelte ansatte en større respekt for seg selv og lederen sin.

Spørsmål: ”Hvordan merker dine ansatte at du som leder viser respekt?”

Nesten samtlige ledere viser til praktiske eksempler på hvordan de kan ”måle” dette i forhold til medarbeiderne.

Jeg får ta del i småpraten – og alt det andre uformelle som foregår

En leder forteller:

”Jeg tenker at det er vanskelig å måle om vi har lyktes med å vise folk respekt. Det ligger mye for meg i følelsen av å høre til og være inkludert i fellesskapet (med personalet)(...). Da tenker jeg at jeg kanskje har lyktes, når en føler at en får ta del i småpraten og alt det andre uformelle som foregår”.

Lederen synes å uttrykke at hun opplever både tillit og respekt som leder, kollega og person når hun blir involvert og akseptert i det uformelle arbeidsmiljøet på avdelingen. Antakelig

synes denne respekten å være et gjensvar på lederens egen respekt for den enkelte medarbeider. Lederen påpekte at hun bevisst prøvde å møte den enkelte ansatte med empati, å ta dem på alvor.

Respekt er både ”å ha tid - og ta seg tid”; ”Det kan måles på personalets ansettelsestid og på hvordan arbeidsmiljøet er”

En leder forteller at hun er synlig og *tar seg tid* til å høre på vanskelige historier fra arbeidssituasjonen. Hun viser at hun bryr seg om medarbeiderne: ”Det kan være konflikter med pasienter (...). Jeg tar personalet på alvor i det de oppfatter som vanskelig (...) og prøver å veilede dem videre”. Lederen virker bevisst på hvilke verdier som er viktige å vise til som leder, bl.a. *respekt, omsorg, tjeneste, rettferdighet og empati*. Hun påpeker at ”respekt” konkret kan måles både i form av sykefraværstatistikk, hvordan arbeidsmiljøet er – og personalets ansettelsestid.

Vektlegging av ”gjensidige respekt” gir gode tilbakemeldinger fra personalet

En annen leder: *”Respekt for hverandre betyr tydelig kommunikasjon og god samhandling (...). Der er jo en del tilbakemeldinger(...). De sier at de stoler på deg hvis de skal ta en avgjørelse”*.

Den gjensidige respekten handler om viktige verdier i gode menneskelige relasjoner. Når ansatte opplever leders respekt får leder gode tilbakemeldinger.

”Jeg tror at de ansatte (kanskje) opplever at de blir behandlet med respekt”.

En leder forteller at hun er usikker på om de ansatte opplever at hun viser dem respekt. Lederen fortsetter (med humor): ”Hvis det er ”sykefraværstatistikken” som handler om vi har respekt, så ligger jeg dårlig an (...)”. Høyt fravær i en sykefraværstatistikk kan signalisere et dårlig arbeidsmiljø, men trenger nødvendigvis ikke å gjøre det. Økt sykefravær kan også handle om en overbelastning av personalet med for liten bemanning og merarbeid. En eventuell manglende respekt fra leder og/eller ansatte imellom, kan føre til mistrivsel og høyt sykefravær.

Fravær av respekt

En viktig avrunding vedrørende ledelse og *”respekt”* kan være følgende:

”Som leder er det fravær av verdien respekt som vil være mest kritisk. Jeg tror ikke at en vil lykkes med de andre (verdiene) heller, hvis en ikke har respekt”.

Sykepleierne

I utgangspunktet synes de fleste sykepleierne at ”respekt” (sammen med ”rettferdighet”) er de to viktigste kjerneverdier sett i forhold til samarbeid med leder.

Respekt - å vise empati for lederen som person og overordnet

Alle sykepleierinformantene viser til at ”respekt” har å gjøre med empati for lederen sin.

De sier bl.a.:

”Vise respekt for leder ved f.eks. å prøve å sette seg litt inn i hvordan lederen har det. Respekt er toveis (...), dvs. også fra personalets (min) side”.

Her synes uttalelsene å handle om forståelse for en leders situasjon, både som medmenneske og overordnet. Dette kan igjen vise tilbake til innholdet i institusjonens verdiforklaring til ”respekt”: *”Ethvert menneske skal møtes med den respekt som alle mennesker fortjener (...)*”.

Respekt bør være gjensidig og likeverdig

Flere av sykepleierne påpeker at man må vektlegge en ”gjensidig respekt”, en respekt fra ansatte til leder - og en respekt fra leder til ansatte.

En sykepleier sier:

”Respekt går begge veier (...), en likeverdig respekt. For det har jo mye å si hvordan man blir møtt av sjefen i forhold til den respekten man får for denne. Respekt må være toveis, dvs. også fra personalets (min) side”.

Respekt er – åpen og direkte kommunikasjon

De fleste av sykepleierne konkretiserer at de forbinder ”respekt” til leder med åpen og direkte kommunikasjon. De sier bl.a.: ”Det er lov å si hvis man er litt uenig med ledelsen og andre (...)” og ”Si ifra hvis det er noen ting (...), det er respekt for lederen.

Med direkte konfrontasjon (i stedet for baksnakking) vises til *ærlighet* i relasjonen til leder.

Forskjeller - eller likheter på måten lederne og sykepleierne ser på "respekt" på:

Alle lederne og sykepleierne vektlegger viktigheten av verdien "respekt".

Sykepleierne peker på viktigheten av *gjensidigheten* i "respekt". De sier "respekt" er toveis.

Mens få av lederne påpeker dette. De påpeker imidlertid viktigheten av interesse for enkeltindividet - og det "å ta på alvor".

3.4.2 Kjerneverdien "Rettferdighet"

Ordet "rettferdighet" er synonymt med *rettighet* og *rimelighet*. Å utøve

rettferdighet betyr å *vise rettferd* - og er et moralsk prinsipp. Som kjerneverdi bekrefter "rettferdighet" velferdssamfunnets rettferdighetstanke. Rettferdighet handler om juridiske rettigheter - men også om fellesskapet og felles moral. Rettferdigheten har særlig blikket rettet mot utsatte gruppers situasjon, slik som Sykehus X beskriver det i forklaringen til kjerneverdien:

Rettferdighet: *"Vi skal utføre de tjenester som våre pasienter og pårørende har rett på - og målbære utsatte gruppers situasjon i dagens helsevesen".*

Dette betyr også at helsepersonell har plikt til å påse at disse rettighetene oppfylles. Slik blir det mer konkret tale om en rettferdig fordeling av goder avhengig av helsetilstanden.

Ledernes synspunkter

"Rettferdighet" betyr en rettferdig fordeling av godene til pasientene

En poengterer at de ansatte ikke synes å være målgruppe og mottakere til denne

"rettferdighets"-tjenesten: "(...) *Rettferdighet* går mer på fordeling av tjenesten ut til pasientene (...)".

Som lederne mener og "verdi-forklaringen" tilsier er denne verdien tilsynelatende primært ment å gjelde for gruppen av *trengende* og *syke mennesker* - og *pårørende*.

Rettferdighet – "det å gi og ta"

En av lederne har sin egen definisjon av begrepet "rettferdighet" i forhold til personalet: "*det å gi og ta*". Når leder er personalet behjelpelig "(...) slik at de har det bra, sier de at det er

veldig greit å gi noe tilbake også”. Dette synes å handle om en gjensidig respekt og gjensidig rettferdighet mellom to likeverdige (fagpersoner).

Det er vanskelig å vise ”rettferdighet” til personalet

Alle lederne synes at det er vanskelig å utøve rettferdighet i forhold til personalet, fordi ansatte ikke alltid oppfatter deres prioriteringer som rettferdige i praksis. En leder vil ofte se annerledes på helheten og fordeling av ressursene enn en medarbeider. En leder illustrerer dette:

”Det er klart at som leder må man se helheten og fordele ressursene, kanskje ikke likt, men etter evt. det svakeste punktet (...).”

To ledere formidler at det er ”en kunst” å vise rettferdighet overfor medarbeiderne. Fordi begrepet ”rettferdighet”, hos personalet, ofte forbindes med motsatsen ”urettferdighet” i forhold til en leders valg og løsninger på postplan. De sier:

”Når motsatsen til ”rettferdig” blir ”urettferdig”, blir det noe utrolig barnslig over det(...). Gjennom å behandle alle likt, vektlegger jeg å forklare hvorfor jeg gjør det jeg gjør (...).”

En leder mener innledningsvis at kjerneverdien ”rettferdighet” bør utelates når det gjelder personalet, fordi hun definerer ”rettferdighet” som matematisk rettferdighet. Hun velger i stedet å fokusere på *respekten* for den enkelte og sier:

*Jeg synes det er viktig **ikke** å lede avdelingen ut ifra verdien ”rettferdighet”, fordi jeg ikke liker denne verdien som jeg assosierer med matematikk og at alle skal behandles likt. Når man skal se den enkelte som den er, forstår man hvorfor de må behandles ulikt (...).*

Senere i gruppeprosessen viser lederen til ny forståelse vedrørende ”rettferdighet” og personalrelasjonen og kan da være enig med kollegaene i deres ovennevnte definisjoner. Vi ser her at fokusgruppe – prosessen (med ”brainstorm”-teknikken (kp 1.3.2) synes å ha produsert *noe nytt* - og bl.a. gitt denne lederen ny innsikt i forhold til verdien ”rettferdighet”.

De øvrige lederne er uenige med kollegaen når det gjelder forståelsen av ”rettferdighet” i forhold til personalet. De mener derimot at verdien er viktig å ha med innen personalledelse og -samarbeid. En forteller at hun bevisst heller bruker verdien ”respekt” i forhold til personalet, en verdi som er lettere å bruke, gir praktisk relevans og forståelse hos personalet.

De fleste ledere definerer begrepet ”rettferdighet” som *”å gjøre noe etter folks behov”, ”å behandle rettferdig selv om man behandler dem ulikt” – og ”å gi og ta”*.

Gruppeleder spurte:

”Har dere som ledere fått informasjon om - og hatt drøfting i forhold til hva verdien ”rettferdighet” betyr i jobben som leder?”

Alle svarer ”nei”. De ikke har hatt faglige drøftinger om kjerneverdiene på lederplan. Det er tydelig at lederne ikke opplever å ha fått noen spesiell oppfølging i forhold til hva denne kjerneverdien (og de øvrige) betyr i praksis.

Når en mellomleder ikke har konkrete handlingsrettede føringer fra en toppledelse i forhold til nedfelling av viktige kjerneverdier, kan det være forståelig at man som mellomleder har vanskelig for å nedfelle kjerneverdiene i forhold til personalet.

Sykepleiernes synspunkter

Et forsøk på en forståelse av begrepet: ”rettferdighet”

To sykepleiere reflekterer sammen: ”Har rettferdighet noe med god omsorg å gjøre? ”Det er vanskelig å vite om man skal oppføre seg helt likt overfor sin sjef som man gjør med kolleger”. Det er vanskelig å forstå begrepet ”rettferdighet”.

En definisjon på rettferdighet er *respekt*

To sykepleiere mener at ”rettferdighet” betyr ”respekt”. En sier: ” (...) viktig å behandle leder med respekt for den jobben hun skal gjøre. Støtte henne slik at hun gjør jobben på best mulig måte”.

I noen arbeidssituasjoner er det vanskelig å vise leder rettferdighet og respekt

To andre påpeker at det er vanskelig å vise respekt og rettferdighet mot leder (og *fagsykepleier*) når disse tidvis synes å ha ”lettere” arbeidsoppgaver enn dem. Det synes vanskelig å vise leder (eller andre overordnede) respekt og rettferdighet når sykepleierne f.eks. ikke ser og forstår ledernes oppgaver.

Følger av *ikke* å vise leder og kolleger rettferdighet og respekt.

En sykepleier forteller at når hun ikke utviser rettferdighet mot leder og andre går det utover *kvaliteten* i arbeidet, i samarbeidet med leder og kolleger – og kanskje også utover henne selv. Det synes først og fremst å dreie seg om en sykepleiers bevisste refleksjoner i forhold til å velge å handle *rett* overfor lederen (og evt. fagsykepleieren) - og ha en selvrespekt som en god og troverdig person.

På bakgrunn av sykepleiernes refleksjon over begrepet ”*rettferdighet mot leder*”, som de fleste synes å sidestille med ”respekt”, stilte gruppeleder spørsmålet:

”Kan dere tenke dere at man møter leder med rettferdighet på den måten at man møter lederen med respekt - både som medmenneske og som ledende fagperson?”

Alle sykepleierne svarte: ”*Ja, så absolutt*”.

Jeg var som gruppeleder her oppmerksom på at jeg stilte gruppedeltakerne et ledende spørsmål.

Forskjeller – eller likheter på hvordan lederne og sykepleierne snakker om ”rettferdighet” på:

Lederne synes å omtale rettferdighet i forhold til behandling av personale. De er opptatt av at rettferdig behandling kan bety *ulik* behandling, dvs. etter den enkeltes behov.

Sykepleierne synes i liten grad å skille mellom verdiene ”respekt” og ”rettferdighet”.

3.4.3 Kjerneverdien ”Kvalitet”

Begrepet ”kvalitet” er synonymt med bl.a. standard og betydning.

Forståelsesrammen er Sykehus X sin beskrivelse av kjerneverdien ”kvalitet”.

Kvalitet: ” *Ordet omfatter faglig kyndighet, kreativitet, teamarbeid og tverrfaglighet for å oppnå best mulig resultater for pasienter og pårørende*”.

Målgruppen synes her å være pasienter og pårørende. De ansatte er utførere og *bærere* av verdien og tjenestene.

Gruppeleder spurte:

”Hva forbinder du med verdien ”kvalitet” i forhold til samhandling med personalet?”

Ledernes synspunkter

I utgangspunktet synes to ledere å ha vansker med å rette fokuset på personalrelasjonen når det gjelder verdien ”kvalitet”. De snakker først om kvaliteten i forhold til pasientomsorgen: ”Jeg prøver i alle fall å ha fokus på faglig engasjement, profesjonalitet og fordeling av ressurser (...). Det som kommer ut til pasientene er jo det man jobber etter, det fokus som man har på hva som er god pleie (...).”

Lederne er tilsynelatende vant til å tenke ”kvalitet” i forhold til pasientene. Det er forståelig på bakgrunn av at ”pasientfokuset” understrekes både i arbeidsinstruksene til sykehuset, i ”Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere” og generelt er påkrevet fra helsemyndighetenes side. Etter gruppeleders påpeking av ønsket fokus på personalrelasjonen flyttes fokus til denne.

Verdien ”kvalitet” er vanskelig å praktisere i forhold til personalet

En leder som poengterer at ”kvalitetsverdien” i utgangspunktet er vanskelig å forstå sett i forhold til personalet, blir via kollegers refleksjon og samtale fort bevisst på hva ”kvalitet” egentlig betyr i praksis. ”Kvalitet” i forhold til personalet viser seg å være noe hun allerede praktiserer. Lederen sier: ”Det er jo *ikke* på noen måte vanskelig å følge lover og regler, men det er når man må utvise skjønn, at det er vanskelig, (...)”.

Den utviklende refleksjonsprosessen vi ser hos denne lederen, synes å ha sin bakgrunn i den fortløpende fokusgruppeprosessen som utspiller seg lederne imellom (jf. kp 1.3.2).

Kvalitet - et viktig faggrunnlag for all tjeneste som sykepleierprofesjonen utøver

En leder påpeker den grunnleggende kvalitet som ligger bak all sykepleieutøvelse og sier:

”Som fagpersoner tror jeg uansett at ”kvalitet” kommer fullt i vårt (arbeid). Kvalitet kommer i alle former fordi vi er fagpersoner og yter den jobb vi gjør. Kvalitet er der uansett”.

”Kvalitet” er en tydelig verdi i de yrkesetiske retningslinjene, i arbeidsinstruksene fra arbeidsstedet og i retningslinjene fra helsemyndighetene. Med bakgrunn i profesjonsutdanningen og ”etiske retningslinjer” er en sykepleier opplært til at ”kvalitet” er en viktig verdi og en pålagt oppgave man må utøve. Dette gjelder også i forhold til den

administrative lederoppgaven der det er påkrevd å gjøre en god kvalitetsmessig jobb i forhold til personalomsorgen (jf. bl.a. Arbeidsmiljøloven).

Sykepleiernes synspunkter

”Kvalitet” er å holde seg faglig oppdatert. Kvalitet - er avhengig av at du får tid til det”

To sykepleiere sier: ” (...) Man ser sitt ansvar for å holde seg faglig oppdatert, først og fremst i forhold til pasienter og siden til andre i avdelingen. Det stiller krav til avdelingen også, at man får tid til det”. Her signaliseres tydelig at verdien ”kvalitet” innbefatter en plikt til å holde seg faglig oppdatert, først og fremst for å utøve en kvalitetsmessig god pasientomsorg. En sykepleier har, ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, plikt til å gjøre dette. Samtidig er det også et krav fra institusjonen om å inneha en ”*faglig kyndighet* for å oppnå best mulig resultater for pasienter og pårørende” (jf. ”verdiforklaringen”). En medarbeiders faglige oppdatering forutsetter leders tilrettelegging for ”frikjøp” av tid i arbeidsdagen – et prioriterings- og ressurspørsmål.

”Kvalitet” sett i forhold til leder, er vanskelig å forstå

Alle sykepleierne illustrerer innledningsvis at det er vanskelig å forstå ”kvalitet” i forhold til leder. De fleste starter på en analyseprosess i forhold til tema, mens noen få forblir forholdsvis tause underveis.

Leders respekt for den enkelte - medfører god kvalitet og respekt fra personalet

To sykepleiere reflekterer høyt:

Det kan være at ”respekt” følger ”kvalitet”. Hvis leder og jeg har den respekten til hverandre(..), er det lettere for meg å gjøre en jobb som har god kvalitet. Vedrørende ”kvalitet”: Si ifra til leder om ting som ikke fungerer (av teknisk art). Det går jo litt på respekt (...), det å ta ansvar(...). Det at lederen viser en viss interesse for å bli kjent med meg kan føre til kvalitet i samspillet mellom oss to(...).

Disse synspunktene synes å belyse at en leders respekt for den enkelte resulterer i at denne selv blir møtt med respekt, dvs. med god *kvalitet* tilbake. Dette viste seg å være et synspunkt som alle sykepleierne tilsluttet seg.

Som en ytterligere utfordring spurte gruppeleder:

”Hvordan opplever du å handle i samsvar med verdien kvalitet”?

Fortsatt uttrykker de fleste sykepleiere at det er vanskelig å forstå **kvalitet** i forhold til leder, men noen konkretiserer nærmere:

En forteller: ”Jeg kan gi den kvaliteten til leder at jeg sier ifra på medarbeidersamtaler hva som fungerer eller ikke fungerer, hva jeg ønsker. Slik kan hun stole på meg”.

Sykepleieren viser her til verdiene: åpenhet, ærlighet og lojalitet, kvaliteter i samarbeidsrelasjonen.

En annen sier:

*”Jeg er veldig autoritetstro mot sjefen, syns ikke det er lett å si ifra hvis noe er negativt. Jeg føler jeg har et kjempegodt forhold til sjefen, men er ”sånn” for autoriteter. Jeg blir lett sånn ydmyk, **under**(...). Sjefen min er sjefen(...). Jeg syns ikke at det er lett å si ifra, f.eks. hvis noe er negativt, noe som kan sette meg i et annet (dvs. dårligere) lys”.*

Det virker som sykepleieren virkelig ønsker å vise respekt og god kvalitet til leder. Imidlertid synes hun å ha litt for mye respekt (autoritetsfrykt) når hun forteller at det er

”kjempevanskelig” å si ifra om ting som er negative til ”sjefen”. Hun vil kanskje kunne oppfattes som kritisk og negativ i forhold til leder og avdelingen, hvis hun velger å være ærlig og si ifra. Som de fleste ønsker denne å bli likt av sjefen og av sine kolleger. Når sykepleieren beskriver seg selv som underdanig og ydmyk i forhold til sjefen, vil samarbeidet handle om to personer, både medarbeider og leder. Hvorvidt den omtalte lederen virkelig er autoritær eller ikke vites ikke, kun at medarbeideren opplever situasjonen slik.

Lederen har stor innflytelse på hvordan en ansatt opplever relasjonen med denne. I kraft av lederrollen har lederen bl.a. både makt, lederstil og personlighet som spiller inn og signaliserer lederens verdier i praksis. Det høres ut som denne sykepleieren har satt seg i rollen som den underordnede som i stor grad utøver plikt- og lydighetsetikk mot leder.

Som motsats til førnevnte sykepleieren gir den andre sykepleieren inntrykk av å ha et mer symmetrisk samarbeidsforhold til leder, dvs. en relasjon preget av mer likevekt. Det virker som denne i større grad er med i en medskapende og utviklende prosess med leder enn sykepleierkollegaen.

Kvalitet – er gjensidig god kvalitet.

To sykepleiere forteller om en tidligere leder:

(...) En utrolig god relasjon til (...). Hun taklet alt på en god måte, alt kunne snakkes om. Hun var både veldig engasjert ”på bakkenivå” samtidig som hun var leder. Vi hadde respekt for henne. Det kan være en minst like god måte å være sjef på når en er på samme nivå, istedenfor å være så autoritær (...).

Dette er et eksempel på *god kvalitet* i samhandlingen med leder. Sykepleierne illustrerer at de viste respekt og tillit, engasjement og godt samarbeid – og lederen viste dem respekt og tillit tilbake. Resultatet ble at ” *det året hun var sjef, så vi at det fungerte veldig godt i personalgruppen* ”.

Eksemplet synes å peke på *den gode leder* som med en inkluderende lederstil og rolle, klarte å skape tillit og trygghet i personalgruppen. Samtidig synes det å vise til leders utøvelse av verdibasert ledelse når viktige verdier nedfelles hos medarbeiderne.

Forskjeller - og likheter på måten lederne og sykepleierne ser på ”kvalitet” på

Det kan synes som om både ledere og sykepleiere opplever ”kvalitet” som en verdi som er omfattende - og at det kan være vanskelig *kun* å snakke om kvalitet i forhold til relasjonen: leder – personal.

3.4.4 Kjerneverdien ”Tjeneste”

”Tjeneste” er synonymt med: håndsrekning, service og villighet.

Verdiforklaringen til kjerneverdien ”tjeneste” (Sykehus X) lyder:

Tjeneste: ” *I dette ligger service, høflighet, tilgjengelighet og barmhjertighet i møte med så vel pasienter og pårørende som kolleger og samarbeidspartnere* ”.

”Tjeneste -verdien” er den eneste av sykehusets kjerneverdier som eksplisitt nevner kolleger (dvs. ansatte) i selve verdiforklaringen. Verdiforklaringen synes å peke mot en ønskelig tjenende omsorgsholdning og -handlinger på sykehuset, *også* i forhold til hverandre som

kolleger og medmennesker. Det påpekes at institusjonen har et barmhjertighets -perspektiv spesielt i forhold til verdien ”tjeneste”.

Ledernes synspunkter

Tjenesten ligger der som et fundament - og har i seg et krav om lydhørhet

Kun en leder opplever at ”tjeneste -verdien” er enkel å forstå. Hun mener at tjeneste -begrepet er et viktig fundament i forhold til de øvrige kjerneverdiene - og i forhold til det å være leder. Hun sier:

”Vi er her for å yte en tjeneste for noen som trenger noe. Det er en lovpålagt oppgave (...). Det er en overordnet grunn til at vi er her: den servicen (...) og dette: at det i ”tjeneste” ligger et krav om å være oppmerksomme på hva mottakeren ønsker. Vi har en mening om hva folk vil ha, men stopper vi opp og spør dem egentlig?”

”Tjeneste er: noe du ønsker jeg skal gjøre for deg. Jeg tenker på bibelsitatet på et krus her (internt ”symbol-krus” på Sykehus X): ”Hva kan jeg gjøre for deg?”, det tror jeg lett vi glemmer.

Lederens budskap synes interessant på flere måter. For det første fordi lederen virker meget verdibevisst, også i forhold til sykehusets *spesielle* verdi: ”tjeneste”. For det andre synes hun opptatt av at det i ”tjeneste”-begrepet også ligger *noe ekstra*, fordi begrepet er diakonalt tilknyttet. Det kan virke som hun til en viss grad har ”knekket noe av koden” i forhold til å forstå *tjeneste* – begrepet - og hvordan det kan brukes i diakonal sammenheng. For det tredje påpeker hun at det i ”tjeneste-verdien” også kan ligge en ansvarliggjøring av medarbeideren. Dette kan illustreres ved utsagnet fra lederen: *”Hva vil **du** at jeg skal gjøre for deg?”*. Med dette spørsmålet påpeker leder at hun ansvarliggjør medarbeideren - og samtidig ” (...) kan spare seg litt jobb”.

Lederen synes tydelig å vise til en stor grad av lojalitet mot sykehusets diakonale verdigrunnlag og føringer. I tillegg synes hun både å være opptatt av å utøve ledelse og samarbeid med stor respekt og lydhørhet – og samtidig vise til en ansvarliggjøring av personalet.

En annen leder har i løpet gruppeprosessen analysert seg frem til en egen forklaring: ”Tjeneste” er *litt mer* enn minstemål (dvs. å forholde seg til lovverket og interne rutiner og regler).

”Tjeneste er kanskje det å være lydhør og tilgjengelig, imøtekommende - og veilede”.

Det virker som lederen sidestiller ”tjeneste” med det å vise respekt og empati. Som førnevnte kollega er hun opptatt av å yte *noe mer* - og å være lydhør for medarbeiderne.

”Tjeneste kjennes litt ”diakonalt befengt”.., men jeg liker ordet”

Lederen som uttrykker at *tjeneste -verdien* er forbundet med ”noe diakonalt” sier:

”Tjeneste” kjennes litt diakonalt befengt ut, men jeg liker ordet, samtidig som jeg skjønner at det kan bli reagert på. Jeg synes det er al right at ”tjeneste -begrepet” faktisk blir brukt i en diakonal institusjon”.

Ved å bruke ordet ”befengt” (egentlig: ”*smittet*”) i forhold til *tjeneste -verdien*, signaliserer lederen at begrepet ”tjeneste” er et *spesielt* verdiladet ord.

Institusjonens verdigrunnlag er *nestekjærligheten* som ligger til grunn for formuleringen av de fire kjerneverdier. Begrepet *barmhjertighet* (innbakt i verdien: ”tjeneste”) viser tilbake til ”Den barmhjertige samaritan” i Bibelen og gir oss et eksempel på hva nestekjærlighet betyr i praksis. Ut ifra at ”*tjeneste*”-begrepet kan oppleves som ”diakonalt farget” kan denne (i utgangspunktet kristne) ”tjeneste -verdien” være *noe negativt* ladet for noen medarbeidere (jf. kp 3.3). Noen kan kanskje føle et dilemma i forhold til egen overbevisning og lojaliteten overfor sykehusets kristne ide`grunnlag. Imidlertid må medarbeidere, og ledere spesielt, være lojale mot institusjonens verdigrunnlag, føringer og tankesett.

Som motsats til halvparten av lederne som *ikke liker* ”tjeneste- verdien” viser lederen at hun tydelig liker uttrykket ”tjeneste”, og at det er viktig å bruke i en diakonal sammenheng.

Muligens kan utsagnet tolkes dit at lederen mener *at* dette begrepet *bør* brukes i en diakonal institusjon, nettopp som et tegn på at institusjonen faktisk har en egenart og selvforståelse i forhold til det diakonale *tjeneste -perspektivet*.

Konkret bruker lederen *tjeneste -begrepet* slik: *”(...)Å være leder er å være til tjeneste. Å løpe rundt (...), foran personalet og koste som i curling (...) for at ting på en måte skal gå, uten at det stopper opp”.*

Lederen synes å peke på faktorer innen *tjeneste -perspektivet* som tilsynelatende har sin bakgrunn i den kvalitetsrettede service–tjenesten, som sykehuset selv viser til i

verdigrunnlaget sitt. Lederens utsagn synes å vise til både lojalitet og en positiv holdning til institusjonens bruk av ”tjeneste”- begrepet i jobbsammenheng.

Er ”tjeneste” mer enn det å yte god servise til ansatte?

En av lederne definerer ”tjeneste” som *servise*, også i forhold til medarbeiderne:

*” (...)Jeg ønsker å yte god servise til ansatte - og får jo lønn for å gjøre en god jobb. Men det kan jo bli for mye av det gode. Det er **ikke riktig** at en leder skal tilrettelegge **alt** for at ansatte skal klare jobben”.*

Lederen synes å uttrykke at hun yter for mye for de ansatte. Kanskje opplever hun at tjenesten blir for ensidig rettet, nemlig at de ansatte ikke ser sin del av ytelsen tilbake til henne som leder - eller at ansatte blir for lite autonome.

I tillegg opplever lederen at det i ”tjeneste” kan være **noe enda litt mer** enn det å gjøre en god jobb: ”Jeg syns at det i ordet ”tjeneste” ligger litt ærbødighet (...). De forventer *enda mer* av en (...). Jeg er litt ambivalent til verdien”.

Grunnen til lederens ambivalens kan være at ledelsen (og ansatte) forventer enda mer av henne som leder på et diakonalt sykehus, noe hun syns blir vanskelig. Antakelig ”strekker hun seg” allerede mye når hun yter god servise til ansatte. De øvrige lederne synes å være enige i tematikken i forhold til ansattes forventninger. En leder uttrykker dette:

Det er ingenting som er så energitappende som det kravet om ”tjeneste”. Ja, det er baksiden av medaljen, den kravmentaliteten”.

Tanken om at institusjonsledelsen antakelig også innehar store forventninger til en ansatt leder (på Sykehus X), er antakelig reell ut ifra hva som nevnes i organisasjonens ide` grunnlag: At grunnlaget for kjerneverdiene er Nestekjærligheten, som uttrykt i ”Den barmhjertige samaritan”, og innholdet i ”tjeneste” -verdien (jf. vedlegg 1).

Sykepleiernes synspunkter

Majoriteten av sykepleierne definerer ”tjeneste” som en mer generell tjeneste. De bruker uttrykk som: *Å gjøre en tjeneste for hverandre, være tilgjengelig for leder, være litt raus.*

Tjeneste er et diakonalt uttrykk – innebærer en gjensidighet i relasjon til leder

Kun en sykepleier påpeker det diakonale uttrykket i ”tjeneste”-begrepet.

”Tjeneste” er et diakonalt uttrykk. Det er ikke bare å løpe til butikken og kjøpe noe. Det er kanskje det å være positiv til å være med på ting når leder spør? Å bistå og være litt raus.

Sykepleieren synes å vise til en analyserende prosess når hun prøver å definere *det diakonale uttrykket* i ”tjeneste”-begrepet.

Slik som en av lederne mener også denne sykepleieren at ”tjeneste” er *noe mer enn minstemål*. Det handler om ”å gi det lille ekstra” når noen trenger *noe*. Dette illustreres slik: ”Hun (leder) er avhengig av å finne noen, og så sier man: ”ja”.

En definisjon på ”tjeneste” som sykepleieren viser til er: *”Å bistå – og være litt raus”*. Det handler om å tre støttende til og det å *stå sammen med en annen*. Dette synes å dreie seg om *gode omsorgsholdninger, det å gjøre godt*.

Gjensidighet i tjeneste -begrepet

Samtidig som sykepleieren påpeker at det handler om å være *raus* mot leder, begrenser hun ”tjeneste – uttrykket” ved å tilføye at ”tjeneste” *også* handler om en viss *gjensidighet* fra leders side: ”Så tenker jeg at det vil gagne meg engang også, forhåpentligvis”.

”Tjeneste” som ”diakonalt uttrykk” betyr ifølge sykepleieren tydeligvis *ikke* en ubetinget raushet og ”*det å gi*” uten å vente noe tilbake. Vi ser at sykepleieren begrenser sin definisjon av ”tjeneste” til leder i forhold til den egentlige diakonale grunntanken om barmhjertighets - handlinger, uten å forvente noen gjenytelse. Her kan vi anta at det er *gjensidigheten*, og *ikke* den uegennyttige nestekjærligheten, som er det viktigste i relasjonen til leder.

Likheter - og forskjeller i måten lederne og sykepleierne ser på ”tjeneste” på

Lederne ser i større grad enn sykepleierne det diakonale aspektet.

Ledergruppen synes å ha delte meninger om begrepet (verdien) ”tjeneste”. Halvparten synes å oppfatte ”tjeneste” som å være der for personalet. Andre oppfatter ”tjeneste-verdien” som det å yte ”noe ekstra”, fordi verdien er en *diakonal* verdi. Sykepleierne definerer ”tjeneste” mer generelt - og at samarbeidet med leder handler om: raushet, fleksibilitet og velvillighet. Kun en sykepleier påpeker det diakonale perspektivet.

3.4.5 Sykepleiernes syn på leders innstilling til organisasjonsverdiene

Alle sykepleierne ser først og fremst verdien ”kvalitet” hos leder. Et eksempel: ”Jeg opplever at ”kvalitet” kommer høyest for min leder; jeg tror hun gjør sitt beste (...).”

En annen påpeker:

”Fordi leder er ny i jobben kan det virke som ”kvalitet” er viktigst for henne - og de andre kjerneverdiene blir mer synlige etter mer erfaring i jobben”.

Dette kan tyde på at leder er mest opptatt av plikten til å utøve god kvalitet, noe som i høy grad er påkrevd innen helsetjenesten, profesjonsutdanningen og god personalomsorg.

”Kvalitet” er en viktig faktor på alle helseinstitusjoner der et av hovedmålene er god *kvalitetssikring* på alle behandlingsområder. Derfor virker det sannsynlig at denne verdien er en av de tydeligste verdiene som ses i praksisfeltet.

Jeg ser alle kjerneverdiene hos min leder

To sykepleiere uttrykker at de ser alle fire kjerneverdier uttrykt i praksis, bl.a. i personalsammenheng.

”Det er vanskelig å vite hvor bevisst min leder er i forhold til de fire hovedverdiene, det er ikke noe vi snakker om i avdelingen. Men hun har brukt de i måten hun f.eks. samarbeider med personalet på”- og ”Jeg ser de alle sammen i praksis”.

Leder synes her å ha klart å operasjonalisere alle 4 kjerneverdier, dvs. på to forskjellige avdelinger. Når mellomlederne bruker kjerneverdiene som styringsverktøy i hverdagen vil verdiene bli synlige for de ansatte på avdelingsplan.

”Leder prøver sikkert å vise kjerneverdiene i praksis, men vi ser dem ikke alltid”

Halvparten av sykepleierne signaliserer at de tydelig ser *noen* av kjerneverdiene anvendt av leder. De tror imidlertid leder *prøver* å nedfelle alle kjerneverdiene i praksis men ikke alltid klarer dette i en travel arbeidsdag. De påpeker at leder først og fremst viser til verdiene ”respekt”, ”rettferdighet” og ”kvalitet” i praksis.

Noen eksempler:

En sier: "(...)tenker at hun er mest opptatt av "respekt" og "rettferdighet". Ellers er det veldig viktig (for leder) å gjøre en jobb med god "kvalitet, i forhold til personalet".

En annen:

"Tror det er utopisk å ha alle 4 verdiene i en lederstil". Jeg tror at man har opparbeidet seg en lederstil der` det vil være vanskelig å ha plass til alle. Konkret ser jeg mye "kvalitet" hos vår nye leder (har ikke jobbet som sjef før) og det skal vi jo ha respekt for også".

En tredje: "Det er ikke alltid lett å holde oppe verdiene og følge de når det er en hektisk hverdag - og fokuset ikke er helt der (på verdiene)".

Min leder klarer ikke alltid å være respektfull og vise rettferdighet

To sykepleiere forteller:

"Jeg tror hun gjør så godt hun kan (...), men det er noen ganger jeg skulle ønske at jeg fikk mer respekt og rettferdighet. Dette bunner ofte i stress, tror jeg. Et eksempel er hvis uventede ting skjer (mamma blir syk og jeg må reise hjem) og leder da møter meg med: "Uff da, det var leit. Må du dra? Det kan bli nesten litt kritisk holdning overfor meg. Da skulle jeg ønske at ting var annerledes, at jeg ikke skulle ha dårlig samvittighet for helt unødvendige ting".

En annen tilføyer:

"Jeg skulle gjerne ha ønsket meg mer "rettferdighet" og "respekt" også, men det er en ny (og nyutdannet) sjef ..., det skal vi jo ha respekt for (...)"

Sykepleierne signaliserer for det første at de prøver å vise forståelse og respekt for leders både travle og "være ny"- situasjon" på jobben, med replikken: " (...) *tror hun gjør så godt hun kan*". Samtidig påpeker de at de ikke alltid blir møtt med respekt og rettferdighet. Den ene har ikke noe konkret eksempel å vise til, hvorimot den andre gir oss et tydelig eksempel på dette. Hun synes å påpeke leders noe manglende evne til å vise "respekt" for henne når hennes mor blir syk og hun spør om permisjon. Antakelig kan vi forvente at denne sykepleieren ikke ville spørre om jobbfritak hvis ikke dette var høyst påkrevd. Lederens svar: *"Uff da, det var leit. Må du dra?"* får sykepleieren til å føle "dårlig samvittighet" fordi hun spurte om jobbfri. Sykepleieren som medarbeider og person synes å vise til et etisk dilemma i forhold til ansvar for jobben vs. ansvar for sin syke mor. I denne situasjonen synes det for sykepleieren å dreie seg om pliktetiske hensyn i forhold til jobben - og konsekvensetiske hensyn i forhold til hennes syke mor og familien. For lederens vedkommende synes spørsmålet: "Må du dra

(hjem)?” å peke på de konsekvensetiske hensynene en leder ofte må ta i forhold til ressursene og avdelingsdriften.

3.5 Utfordringer og konflikter mellom kjerneverdiene og verdiene i praksis

Følgende spørsmål ble stilt til begge fokusgruppene:

”I tilfelle du opplever gap mellom ønskede verdier - og virksomhetens eller avdelingens praksis, hva består gapet i – og hva gjør dette med deg?”

”Kan du gi noen eksempler fra hverdagen på forskjellige verdier som skaper utfordringer, evt. konflikter?”

Ledernes synspunkter

Lederne opplever alle gjenkjenning i forhold til aldri å klare prioritere *rett* og *riktig* i forhold til både toppledelse og eget personal.

Eksempler på dette:

*”Alle (kjerneverdiene) kommer i konflikt med hverandre hele tiden”. ”Jeg tror det er mellomlederens dilemma (...). Det må du lære deg å leve med(...) fordi for eksempel ”kvalitet” som vi skal rapportere oppover kanskje aldri vil samsvare med ”den som står nederst”. ”Vi er pålagt at vår lojalitet går oppover. Jeg syns at det er lettere å bryte lojaliteten oppover enn nedover (det gjør meg mindre)... når det gjelder **kvaliteten** i forhold til personal og pasienter”.*

Forholdet mellom kjerneverdiene - og presset på mellomlederne og personalet på postplan.

Alle mellomlederne synes tilsynelatende å være enige om at det her finns et stort gap mellom organisasjonens kjerneverdier og praksis. Flere ledere illustrerer dette:

*”Verdiene blir **ikke** trukket frem når det er snakk om budsjettet, men de blir trukket frem på ”store taler”. Jeg mener kanskje det ble trukket frem av X i fjor når vi skulle lage handlingsplan, noe med ”rettferdighet” og sånt. Men de bruker det ikke i hverdagen i møte med oss”.*

Et annet eksempel, som dreier seg om kjerneverdiens tilsynelatende ”usynlighet” i personalpolitikken, er:

Det dreier seg om toppledelsen. Jeg syns at det er forferdelig at Sykehus X på en måte tillater sengeposter som ligger med 120 % overbelegg hele tiden, - og på en måte tillater den rovdriften på både personalet ”på gulvet” og mellomleder (...). Og så har man disse fine kjerneverdiene (...). Verdiene kommer så veldig til kort når man på en måte godtar sånne ting.

Ovenstående eksempel synes å vise at toppledelsen ikke fullt ut har forstått hvor stor belastningen har vært for noen mellomledere og deres personal.

En leder tilføyer: ”Hva det har kostet i personalressurser. Man tenker så økonomisk, så kortsiktig”. En annen konkretiserer det: å skulle forsvare ressursknappheten på avdelingsplan. Hun sier: ”Jeg syns det har vært vanskelig å stå som leder og skulle forsvare den knappheten av økonomiske ressurser overfor personalet og pasientene”.

I forhold til eksemplene om ”rovdrift på personalet” kan vi kanskje spørre om ikke alle kjerneverdiene egentlig står på spill her i forhold til verdien *økonomi*?

En annen verdikonflikt påpekes: ”Det var noe som ble kalt en ”satellitt -prosedyre”(…). Ja, bare det å kalle **pasienter** for ”satellitter”(…).

Eksemplene viser at mange at viktige kjerneverdier synes å stå på spill i organisasjonen. Den økonomiske effektivitet synes, ifølge mellomlederne, å gi skadevirkninger på både personale og pasienter. Menneskesynet, illustrert gjennom å kalle pasienter ”satellitter”, synes å være et område der bl.a. verdien *respekt* settes på spill. Det kan her være tale om et økonomisk markeds- og strategispråk som gjør seg gjeldende når mennesker kalles for ”satellitter”.

Sykepleiernes synspunkter

I utgangspunktet har ingen av sykepleierne (7) konkrete eksempler å vise til når det gjelder om de opplever gap mellom ønskede verdier og virksomhetens eller avdelingens praksis.

To sykepleiere forteller:

Spriket skaper et negativt forhold til sjefen

”Hvis jeg opplever sprik mellom (...) skaper det et negativt forhold til sjefen. Jeg blir stresset og gjør ikke jobben min 100 %. Jeg kommer ikke på konkret eksempel. Men stress og frustrasjon fører til at man kanskje kan gjøre feil, det er vanskelig å prioritere etc.. Noe som sikkert alle sliter med i stressede perioder”.

”Man ønsker ikke å yte 100 % lenger. Det går ut over alle de andre punktene (verdiene og arbeidet)”.

Disse to synes ikke å kunne forklare hva spriket består i men derimot hva dette gjør med dem følelsesmessig og jobbmessig sett.

Antakelig kan vi tenke oss at det kan handle om en interessekonflikt i forhold til leder, da begge uttaler at dette bl.a. skaper et negativt forhold til sjefen. I alle fall fortelles det om det følelsesmessige utslaget: stress, frustrasjon og nedsatt arbeidsytelse.

Når gruppeleder utdyper ”spørsmålet” nærmere synes flere sykepleiere å forstå tematikken bedre responderer tre andre slik:

”Hvis en føler urettferdighet, ved at ens ressurser ikke blir utnyttet - og man ikke blir møtt med den respekten man ønsker, mister man litt av motivasjonen, gir litt blaffen.

”Man gidder ikke ”jobbe ekstra”, hjelpe til på fag- dagene... etc. – og ”Det går ut over andre kolleger også, til slutt, med sjalusi”.

Sykepleierne synes å signalisere at når leder ikke viser dem respekt og rettferdighet i arbeidsdagen skaper det mistriivsel og dårlig arbeidsmiljø (med baksnakking). Dette synes å handle om ansattes verdier som nedfeller seg i praksis - i forhold til leder og kolleger. Det kan her dreie seg om skjulte verdier som påvirker relasjonene mellom kolleger.

Forskjeller – og likheter mellom synspunktene til lederne og sykepleierne

Generelt signaliserer mellomlederne at toppledelsen ikke synes å vise til *levende* og nærværende kjerneverdier i deres samhandling med dem – i hverdagen. I kontroversielle sammenhenger (for eksempel når det er tale om budsjettet) opplever mellomlederne for eksempel *ikke* at toppledelsen påpeker og bruker kjerneverdiene.

For sykepleiernes vedkommende virker det som de er mest opptatt av verdikonfliktene mellom dem og leder.

3.6 Analysens viktigste funn

For det første viser analysen at verdier generelt - og verdier i et verdibasert sykehus spesielt har en stor betydning for mellomledere og kliniske sykepleiere. Følgende eksempler viser dette:

”Verdier er noe som har positivt klang, noe som er viktig for meg i livet – kvalitet; felles verdier i et fellesskap; ”bevissthet og ”refleksjon”.

(En leder): *”Ja, jeg har opplevd at det å ha kjerneverdier har bidratt til å sette en del ting i system for meg når jeg skulle ta beslutninger. Det har vært fint”.*

For det andre synes flere av kjerneverdiene i noen grad vanskelige å forstå og derfor også vanskelige å nedfelle i praksis, spesielt med henblikk på samarbeidsrelasjonen leder og sykepleiere imellom. Spesielt gjelder det verdiene ”rettferdighet” og ”tjeneste” der ”tjeneste”-verdien kan synes noe problematisk å forholde seg til pga. den diakonale føringen som mange av informantene legger i verdien. Spesielt føringen at det i ”tjeneste” ligger det å gjøre *noe enda litt mer* enn det å gjøre en god jobb”.

Også i forhold til verdien ”rettferdighet” opplever ledere og sykepleiere det vanskelig å forstå denne verdien i personalsammenheng. Skal ”rettferdighet” gjelde når det dreier seg om personalet?

Ellers formidler alle ledere og sykepleiere at det var viktig for dem å utføre jobben deres med *god kvalitet* - og med *respekt*. Et ønske om å ville samarbeide med kolleger på best mulig måte, dvs. i et samarbeid preget av faktorer som kvalitet og respekt. Dette er verdier som i stor grad virker styrende for dem i deres yrkesutøvelse (med bakgrunn profesjonsetiske retningslinjer).

For det tredje synes institusjonens kjerneverdier (”respekt”, ”kvalitet”, ”rettferdighet” og ”tjeneste”) og deres anvendelse i en relasjonssammenheng (mellom leder og kliniske sykepleiere) å skape engasjement, utforskende etiske refleksjoner - og en ny bevisstgjøring på verdiers betydning i relasjonssammenheng.

4 TEORETISK DRØFTING

Jeg vil i dette kapitlet drøfte analysens funn videre i lys av teorier om ledelse, etikk - og relasjonsforståelse. I drøftingen vil jeg undersøke hvorvidt etikk- og ledelseslitteraturen kan kaste lys over mine funn fra analysen.

Analysekapitlet viser bl.a. at ledernes bevisstgjøring på enkelte verdier knyttet til sykehus X er en viktig drivkraft i utøvelse av ledelse - og i forhold til samhandling med personalet. En leder illustrerer dette: *”Det fundamentale og viktigste i lederjobben er **respekt**. Av og til har det å ha kjerneverdier bidratt til å sette ting i system og forenklet en del ting når jeg skulle ta beslutninger. Det har vært fint”*.

Dessuten viser analysen at et fornyet syn på verditenkning i hverdagen (via fokusgruppen) er et inspirerende utgangspunkt for sykepleiernes samhandling med leder, kolleger og andre. Dette illustreres når alle sykepleierne ved fokusgruppe -slutt sier: *”Verdier - et spennende, men uvant tema”*. *”Jeg savner litt briefing om hvordan man er overfor hverandre i relasjonene, både kolleger og andre personer”*. *”Nå har vi fått en påminning om å tenke mer verdier i relasjoner, også til leder. Vi spør ofte: Hva gjør leder for meg? Men så klart: Det er jo en person og en relasjon som skal gå begge veier”*.

4.1 Verdienes uttrykk i praksis

Som belyst i teorikapitlet velger jeg en mer eksakt og praktisk anvendbar definisjon av verdibegrepet (Aadland (2000)). *”Verdier er stabile mål, ideal og prioriteringer som kommer til uttrykk gjennom ord og handlinger”*. Denne definisjonen forekommer mer praktisk anvendelig i forhold til de nedfelte verdiene i praksisfeltet.

Som tidligere påpekt kan kategoriseringen av verdi -begrepet (dvs. hvilket innhold man ”legger i” en verdi (jf. pkt. 1.2.6)) her synes å være nyttig i kontakt med informantenes verdi - svar, noe jeg benytter meg av i den teoretiske drøftingen.

Det å lære etikk i praksis er noe langt mer enn det å lære seg en teknikk eller noen teorier. Det er ikke nok å ha kunnskap om etikk og verdier, man må også forplikte seg til å følge etikken i praksis. Etikk handler om å være involvert og om å se hva som står på spill i de situasjonene man står i. Å være involvert betyr at vi befinner oss i nærhet - både fysisk og psykisk - til de menneskene vi arbeider med.

Verdier er på mange måter lite synlige og vanskelige å få øye på. Når man skal studere verdier i praksis, er det viktig å være seg bevisst *hva* man skal rette blikket mot, *hva* man ser etter.

Verdi -refleksjonene fra informantene viser for det første til en interessant påpeking (fra ledergruppen) om at verdier kan oppfattes som ”moteord – og høytsvevende fine ord”, en verdikritikk. For det andre påpekes det fra begge gruppene at verdier har med refleksjon og bevisstgjøring å gjøre. Og at verdi -refleksjoner kan handle om flere aspekter ved verdibegrepet, handlinger og praksis. Eksempelvis at verdier er *noe litt svevende, kan ha med en trosretning - eller med individuelle og felles verdier å gjøre*.

4.1.1 Er verdier mer enn ”høytsvevende fine ord” og ”moteord”?

Det er praksis og handlinger i fellesskapet på et verdibasert sykehus det her skal fokuseres på. Nettopp fordi verdier ofte betraktes som goder og mål for hva den enkelte eller fellesskapet ønsker å fremme, fordi helsetjenesten er målbærere av konkrete humanistiske fellesverdier og fordi institusjonen vektlegger verdibasert ledelsesstrategi, er det til en viss grad overraskende at mellomledere oppfatter verdier som ”moteord” og ”høytsvevende, fine ord”.

Det viste seg imidlertid at verdikritikken fra enkelte ledere ikke hadde noe å gjøre med manglende tro på viktige verdier generelt – eller manglende tro på verdier i praksisfeltet spesielt. De - som de øvrige mellomlederne - viste seg å være meget verdibevisste i arbeidet sitt. En leder (med: ”verdier er *høytsvevende fine ord*”) mener at det å ha kjerneverdier og operere ut ifra faktisk har forenklet og systematisert en del ting for henne i forbindelse med beslutninger. Det opplever hun som ”fint”. Men samtidig viser hun også til en viss kritisk refleksjon i forhold til sykehusets kjerneverdier i praksis. Hun påpeker:

”Men kunsten er jo å gjøre det levende (kjerneverdiene), at det ikke bare blir de der høytsvevende floskler, som henger der`(...). Det må praktiseres i alle ledd, sånn at det ikke blir en sånn

”mellomleder- greie”, som vi har ansvaret for(...). Og så sitter vi selv der` litt i knipe og føler fraværet fra oven”.

Kanskje nettopp fordi dette dreier seg om et verdibasert diakonalt sykehus med høypofilerte kjerneverdier kan denne verdikritikken muligens være berettiget. Det finns visse forventninger til *verdibasert ledelse* og verdienes nedfelling i praksis.

Verdier som moteord

I verdibasert ledelse er verdier noe diffust. Kan dette være et ekko fra teorien for verdibasert ledelse der` verdier er udefinerbare og noe som bare *er* der som en grunnleggende verdisubstans (jf. kp 2.1.2)?

Verdier kan betraktes som moteord, et begrep som ”ligger i tiden”, en interesse for fenomenet der og da og som dør fort ut. Et eksempel kan være Verdikommisjonen (1998) som med sine mange debatter først skapte nysgjerrighet og begeistring, men siden kunne se ut til å mangle en spesiell nedfallskraft i praksis. Vi kan si at verdidiskusjonene ble hengende løsrevet ”i løse luften”, de ble ikke nedfelt i samfunnet etterpå. I etterkant av denne offentlige verdiprosessen kan det kanskje tenkes at flere i ettertid oppfattet verdier som ”moteord”.

At verdier kan oppfattes som motebegrep påpeker også et internt informasjonsblad på sykehus X (2007) under temaet: ”En hjelp til etisk bevissthet”. Det påpekes bl.a. at *”etikk er kommet på moten igjen, skal vi tro mediene”*. Imidlertid kommenteres det *ikke* nærmere om dette også er tilfelle på dette sykehuset. Har den nåværende verdifokuseringen på sykehuset noe med *”mote”* å gjøre eller finnes det andre beveggrunner som f.eks. sykehusets diakonale *”barmhjertighetstanke”*, der kjerneverdiene er *”levende verdier”* som lever sitt liv i praksis uansett? At sykehusets økte verdifokusering (fra 2001) har noe med den økte etikkinteressen i samfunnet å gjøre belyses i en rapport om dette sykehuset.

Ifølge Eide og Eide sin rapport⁵ (2008) påpekes det bl.a. at med ny direktør og økt fokusering på *diakonale kjerneverdier* anvendt i praksis, har også den fornyede interessen for etikk som fag kommet tydelig til uttrykk. Dette illustreres med henvisning til at direktøren bl.a. skriver en leder om verdien *”rettferdighet”* med utgangspunkt i J. Rawls` moralfilosofiske verk (Rawls:1971 i Eide og Eide:(2008).

⁵ Intern rapport om sykehus X (2008): ”Verdien av en verdi-intervensjon, en studie av verdiarbeid i et norsk sykehus”.

At kjerneverdiene til dels kan oppleves som ”moteord” og som lite synlige i praksis kan kanskje bedre forstås når en ser det i en mer spesifikk forståelsesramme, med bakgrunn i sykehusets økte verdifokusering fra 2001- 2006. Fra 2003 profileres sykehusets verdigrunnlag og dets kjerneverdier i direktørens årsmelding. Vi vet at det de første årene (fra 2003- 2006) ble fokusert mye på *kjerneverdiene* og verdispørsmål via prosjektet ”*Verdier i praksis*”, der spesielt lederne deltok i aktivt verdiarbeid. Siden har verdiarbeidet tilsynelatende hatt et noe mindre fokus i ledelsesregi, ifølge mellomlederne i fokusgruppen. Lokalt på avdelingsplan har verdifokuseringen og verdiarbeidet vært organisert av leder. Oppfølgingsarbeidet har blitt utført av en *diakonisykepleier* og en *fagsykepleier* på postplan (jf. kp 3.1).

Ifølge mellomlederne har det tilsynelatende ikke vært noen spesiell oppfølging på postplan fra øverste ledelse. Med sin kunnskap om kjerneverdienes rolle i VBL kan det se ut til at mellomlederne forventer *mer* i forhold til kjerneverdienes nedfelling i praksis. Kanskje nettopp det som Ole Thyssen (2008) beskriver i boken ”*Værdiledelse*”? ”Værdier kan forstås som indsatsområder, hvor en organisasjon forplikter seg til en særlig indsats, og hermed til at være åpen for kritikk, diskussion og forandring” (ibid: 340).

Med bakgrunn i bl.a. Beyers (jf. kap 2.1.2) og Thyssens påpeking av kjerneverdienes rolle, toppledelsens ansvar for å skape engasjement i praksisfeltet - og mellomlederes opplevelse av å stå alene med kjerneverdiene (i praksis) - kan vi kanskje forstå mellomlederes verdikritikk som den kommer frem: ”Verdier er *moteord* eller *høytsvevende floskler som henger der...*”

Mot - til å stå frem med kontroversiell verdikritikk

Hvis det forholder seg slik at disse to lederne egentlig er meget verdibevisste, men likevel står frem og utfordrer ”den bestående tanken og meningen” om etikk og verdier på sykehuset, kan dette signalisere et personlig *mot* hos disse to. Den selvsagte kunnskapen som *tas for gitt* i en kultur kaller Bourdieu for *doxa* (jf pkt. 2.3.). Jeg vil her peke på verdien ”*mot*” som i utgangspunktet er en av Platons fire kardinaldyder (jf. kp 2.2). ”*Mot*” som verdi er lite tematisert som en viktig verdi innen omsorgsvirksomhet, der sykepleiere har sitt virke. Men kanskje nettopp derfor kan det være en god grunn til å påpeke viktigheten av denne verdien i en verdibasert ledelsessammenheng. Kanskje nettopp fordi et kritisk blikk på en organisasjons åpne og skjulte verdier, som disse lederne synes å påpeke, er et viktig poeng innen verdibasert ledelsesstrategi: Nemlig det å avdekke ”skjulte” verdier som preger en institusjon på feil måte (jf. kp 2.1.2).

I tillegg etterspør institusjonen tilsynelatende også et vist *mot* fra sine ansatte når de blir bedt om: ” *aktivt å realisere sykehusets kjerneverdier, selv om det måtte bety at du blir nødt til å utfordre kolleger, ledere eller sykehuset som institusjon* ” (jf. ”Etikkveilederen” (2007).

Kjerneverdienes overbevisningskraft i verdibasert ledelse

En organisasjons kjerneverdier skal virke styrende for virksomheten. Dette beskrives konkret i sykehusets ide -grunnlag, der det bl.a. sies:

”(...) Verdiene skal være både det verdimessige utgangspunkt, inspirasjonskilde, prøvende instans og være formende for helsetjenesten som ytes og kvaliteten i arbeidet som utføres (...)” (jf. kp 1.1).

Innen verdibasert ledelse synes det nettopp å være viktig at autoriteten primært ligger i verdienes overbevisningskraft (jf kp 2.1.2 og 4.1.2) – og ikke i reglene og pliktene i organisasjonen. Det vil si at de respektive kjerneverdiene er ment å skulle være styrende instans for all behandling, drift - og samarbeid ansatte imellom, og at det legges ”*mindre vekt på regler og håndfaste instruksjoner*”, som Beyer (2006) sier det. Her vil det da bli en stor oppgave for overordnet ledelse nettopp å skape et så stort engasjement om de verdier og mål som de ansatte skal orientere seg etter, at man eksempelvis ikke trenger å legge så stor vekt på regler og pliktene, men kun bruker regler og instruksjoner for å kvalitetssikre behandlingen og samarbeidet. Dette kan ses i kontrast til Max Webers ”byråkrati-tanke” som nettopp vektlegger en byråkratisk regelstyring (jf. kap 2.1.1).

Den symbolske makten

Den symbolske makten er et aspekt ved verdibasert ledelse. Nettopp på den måte at den symbolske makten ligger ”*iboende*”. Kraften ligger nedfelt i det symbolske og i kjennetegnene på at verdiene nedfelles i praksis.

Vi kan spørre hvordan kan kjerneverdiene skape overbevisningskraft og inspirasjon i en omsorgsinstitusjon? Konkret ved at verdiene blir synlige og *levende* i organisasjonen. Dette påpeker institusjonen selv når de i Strategiplanen (2006-2008) sier at kjerneverdiene bl.a. ” *skal være det verdimessige utgangspunkt, inspirasjonskilde og prøvende instans (...)*”.

Ansvarer for at kjerneverdiene reelt nedfelles og fortsatt engasjerer ansatte i organisasjonen påhviler toppledelsen som tidligere anført.

I verdibasert ledelse har toppledelsen en symbolsk rolle og et symbolsk perspektiv på ledelse - og er med på å illustrere verdier, ideal og ikke minst kulturen i et miljø (kp 2.1.4)

På det diakonale sykehuset synes symbolbruken i ordene nestekjærlighet og ”den barmhjertige samaritan” å være slike symbolske uttrykk som peker på visse verdier som skal inspirere til tjeneste i organisasjonen. Det symbolske uttrykket synes å inneholde omsorgsverdier av samme sort som kjerneverdiene: *respekt, rettferdighet, kvalitet og tjeneste*. Sykehusets symbolske ramme, *den barmhjertige samaritan*, synes å uttrykke organisasjonens verdier og kultur som forteller hvem organisasjonen er og hvordan ting skal gjøres. Bolmann og Deal (2004) illustrerer dette: ”(...) Symboler legemliggjør og uttrykker organisasjonens kultur – i det sammenvevde mønsteret av overbevisninger, verdier, praksiser og gjenstander som forteller medlemmene hvem de er, og hvordan de skal gjøre ting” (ibid:273ff). Forfatterne ser på organisasjoner i et perspektiv der de betraktes som spesielle kulturer eller ”stammer”, som bærere av verdier og spesielle kulturuttrykk

Som anført tidligere kan symbolsk makt være et uttrykk for den til dels usynlige og selvsagte kunnskapen (jf. kp 2.1.5). Dette kan eksempelvis aktualiseres til betydningen av kjerneverdiene og nestekjærlighetstanken i organisasjonen. Den symbolske makten får, ifølge T. Sørhaug, konkret mening når den settes inn i en kontekst, eksempelvis det aktuelle diakonale Sykehus X (Sørhaug 1996:21).

Verdikritikk er viktig

Toppledelsen har, ifølge organisasjonens etiske retningslinjer, klare forventninger til alle ansatte - også lederne - at de utviser positivt engasjement i forhold til organisasjonens verdigrunnlag. Det forventes både lojalitet mot kjerneverdiene og samtidig aktivt medansvar, bl.a. gjennom konstruktive meningsutvekslinger. Sykehusets forventninger til den ansatte:

”Sykehuset forventer høy faglig standard (...), aktiv realisering av kjerneverdiene(...). Det forventes at du er kjent med sykehusets etiske retningslinjer. Dvs. at du forplikter deg til å handle etisk og aktivt realisere sykehusets kjerneverdier, selv om det måtte bety at du blir nødt til å utfordre kolleger, ledere eller sykehuset som institusjon” (”Etikkveilederen” 2007).

Ledernes aktuelle verdikritikk synes å kunne bekrefte nettopp noe som tidligere er dokumentert i en forskningsrapport av Tom og Hilde Eide (2008): At ”(...) begrepet *verdier i praksis* til en viss grad har blitt en del av et organisasjonskritisk språk, (...)”. I rapporten vises det også til spørsmålet ”om det er tilstrekkelig kritisk verdirefleksjon omkring faglige vurderinger og prioriteringer”? Ellers uttrykkes ”ønsket om å utfordre seg selv mer, og gå

videre med verdiprosjekter, først og fremst i en praksisnær retning”(Eide og Eide 2008). Funnene i dette og eget materiale synes å bekrefte at den verdikritikken som påpekes som viktig - og etterspørres i organisasjonsteorien i forhold til ”verdibasert ledelse”, nettopp synes å være tilstede hos noen mellomledere, på sykehuset.

Verdier er ”noe svevende”

Flere, både ledere og sykepleiere, oppfatter at verdier har et noe diffust uttrykk, de ”er svevende”.

Dette kan for det første være en refleks av at det i verdibasert ledelse synes å være en noe diffus definisjon av verdibegrepet. Eksempelvis heter det i teorien om verdibasert ledelse: ”Værdier kræver ikke videre begrundelser. De *er* begrundelser. De er overordnede kriterier for vurdering af beslutninger og handlinger (...)” (Hildebrandt i Nordhaug og Kristiansen 2008: 80). Verdiene bare *er* der. De er viktige, fordi de er organisasjonens kjerneverdier. Når verdier i VBL er diffust definerte kan dette medføre at organisasjonsledelsen også selv definerer verdier og kjerneverdiene på en noe generell og lite konkret måte. Ved flere anledninger påpeker lederne og sykepleierne kjerneverdiene ”svevende” uttrykk (jf. vedlegg 1). Først når verdiene fylles med innhold blir de konkrete og får mening (jf. kp 1.2.6)

En annen grunn til at verdier oppfattes som diffuse kan være at man i utgangspunktet ikke er tilstrekkelig etisk bevisst i forhold til verdi -begrepet - og ikke i stand til å identifisere de konkrete verdiene som nedfeller seg i praksis. I praksis kan også tidspresset spille inn. I en travel arbeidsdag kan vi lett miste fokus på verdiene tilstedeværelse. Kanskje mangler man et ”etisk språk” for å kunne identifisere de forskjellige verdiene?

4.1.2 Verdier er refleksjon, bevissthet - og betydning

Både mellomledere og kliniske sykepleiere viser til en bevisst tenkning om hva ”verdier” er. Mens lederne først og fremst viser til generelle overordnede etiske refleksjoner når de sier at verdier er *refleksjon*, *bevissthet* og *betydning* viser de kliniske sykepleiere til mer konkrete verdiuttrykk i forhold til verdiers praktiske betydning i arbeidsdagen. Eksempelvis påpeker sykepleierne: ”Verdier kan være noe positivt eller negativt. Verdier kan være forbundet med en trosretning”. Bak sykepleierne mer praktiske uttrykk ligger tilsynelatende den samme

etiske refleksjonen som lederne har, men den verbaliseres på en annen måte. Både ledernes og sykepleiernes verdiutsagn kan samles under overskriften: *etisk bevissthet*.

Vi kan tenke oss at bakgrunnen for disse to gruppenes forskjellige refleksjoner og formuleringer kan handle om forskjellige stillingsroller og funksjoner - og forskjellige form for kunnskap, også etisk i sammenheng. Konkret er mellomlederne eldre, har lederutdanning - og flere års ledererfaring, med hva dette innebærer i forhold til et større faglig etisk ansvar for mange mennesker. De kliniske sykepleierne er stort sett yngre og har en posisjon som kliniske sykepleiere ("på gulvet"), med et mindre faglig etisk ansvar enn lederne. For lederne vil dette sannsynlig innebære flere etiske refleksjonsprosesser, etiske dilemmaer og valg - og en større verbalisering av etisk problematikk. Dette ses tydelig i ledernes uttalelser i datamaterialet.

"Refleksjon" og "bevissthet" i etisk sammenheng

Refleksjon og *bevissthet* er viktige faglige begreper i en etisk sammenheng. Ifølge forskerne dr.polit. Per Nortvedt og dr. philos., professor Harald Grimen er *refleksjon* et av to sentrale trekk (sammen med *sensibilitet*) ved helsefaglig praksis og kunnskapsutøvelse. *Refleksjon* er en forståelsesform i helsefagene som er kunnskapsbasert. Man kan snakke om refleksjon over og anvendelse av terapeutisk kompetanse, teknologi - og faglig kunnskap i bestemte mellommenneskelige situasjoner.

(...) Uttrykket "refleksjon" en evne til å tenke i begreper og å sammenstille og analysere påstander og resonnementer. Refleksjon omhandler å kunne vurdere, tenke over og kritisk analysere de erfaringer vi gjør. Refleksjonen har en kognitiv distanse(...). Motsatsen til refleksjon er sensibilitet. I sensibiliteten er en spontant, her og nå, oppslukt i hendelsen (Nortvedt og Grimen 2004 :14).

Refleksjonen er altså kunnskapsbasert – og innebærer ikke sensibilitet.

Den faglig bevisste refleksjonen i forhold til "verdier" og deres betydning, vil som tidligere anført, sannsynligvis først og fremst være en refleks av hva alle sykepleiere er sosialisert til: Nemlig det å ha "(...) et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger" (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2007:8). Men samtidig er et slikt verdistandpunkt i stor grad forventet av ansatte på et verdidrevet sykehus. I sykehusets etiske retningslinjer (2007) heter det bl.a., i forhold til møtet mellom pasienter, pårørende og sykehusets ansatte: "Det kreves faglig kompetanse og tekniske ferdigheter, men i like stor grad *etisk innsikt og moralsk skjønn*". Vi ser at det handler om en etisk bevissthet som både profesjonen og

institusjonen forventer av sine sykepleiere. At verdier oppfattes som *bevissthet, refleksjon og betydning* viser til god kvalitet i forhold til en etisk bevisstgjøring.

Med uttrykket som en sykepleier bruker: "Verdier er noe *alle* tenker" hentydes antakelig til kategorien "fellesverdier" (jf. kp 1.2.6). Ut ifra at "verdier" rommer mange forskjellige aspekter (eksempelvis: *økonomiske* verdier og *psykologiske* verdier) og begrepet derfor har et allment preg kan man forstå at denne sykepleieren påpeker dette verdi -utsagnet som noe allment.

Vi kan spørre om det er viktig at alle mennesker har noen grunnleggende fellesverdier, allmennmenneskelige moralverdier, som styrer oss og samfunnet i en viss felles retning. Svaret synes å være "ja". Som tidligere antydnet finnes det noen felles verdier i den såkalte *allmennmoralen* som har til formål å skape gode mellommenneskelige fellesskap. Som tidligere nevnt (pkt. 1.2.5) er verdier viktige som grunnlag for å ha gode mellommenneskelige fellesskap og "(...) som vi ønsker å bygge våre liv og samfunn på" (Sluttrapport 2001, Verdikommisjonen). Vi ser her at verdier kan betraktes som en slags grunnleggende verdi-tankesett som synes viktig for fellesskap og samfunn. Derfor vil "verdier" sannsynligvis være noe alle tenker på. Verdier har forskjellig utgangspunkt (fra person til person og i fellesskap) - og følgelig forskjellig nedslagsfelt i praksis.

Hva er allmennmoralen?

Begrepet "allmennmoralen" er vanskelig å definere entydig. En begrepsdefinisjon som tidligere er nevnt (av filosofen Knut Erik Tranøy) virker for meg å se både etisk reflektert og praktisk anvendelig. Den innebærer at det "blir mange allmennmoraler":

"Allmennmoralen er det sett av moralske verdier, normer og dyder – og de tilsvarende praksiser og institusjoner – som har bred aksept og er internalisert og respektert i en gitt kultur til en viss tid" (Tranøy, "Det åpne sinn" 1998:106f. i Asheim 2005: 21ff).

Tranøy skjelner også mellom "allmennmoral" og "personlig moral" og uttrykker forholdet slik: "En allmennmoral er 'summen' av de personlige moraler i en gitt kultur" (Tranøy 1998:127 i *ibid*). Ifølge Tranøy kan *allmennmoralen oppfattes som "grunnfjellet i det moralske liv for moral, etikk og moralfilosofi"* (25). Her går allmennmoralen så dypt, at man kan diskutere om dette virkelig kan sies å være sant i våre dager der vi ser at moralen på mange måter synes å smuldre noe bort. Her vil jeg tilslutte meg tankene til Ivar Asheim (dr.

theol og professor) der som Tranøy mener at allmennmoralen kan være et nyttig utgangspunkt for etikkfaglig arbeid. Det vil si at etikken *begynner med moralen*, og at etikk som fag er å forstå som *refleksjon over moral*. Men at Asheim er uenig med Tranøy på det punktet at man kan *bygge etikken på* eller *begrunne den* i det allmennmoraliske. Dette grunnet i at utgangspunktet med allmennmoralen som ”*et grunnfjell*” er forbundet med for mange usikkerheter i dagens omskiftelige samfunn (Asheim 2005: 24). Spesifikt kan vi si at allmennmoralen kan romme verdier som eksempelvis *ærlighet* og *ansvarlighet*.

Verdiene bak ”god folkeskikk” (*vennlighet, høflighet, hjelpsomhet, respekt* etc.), som en leder påpekte i fokusgruppen, kan sies å være allmennmenneskelige verdier som folk flest ønsker å realisere i livet. Disse verdiene synes viktige for oss og samfunnet som en slags etisk plattform som ønskelig skal være med på å bygge gode mellommenneskelige fellesskap - og som følgelig setter allmenne moralske grenser som samfunnet trenger. Dette er i tråd med den samfunnsvitenskapelige tradisjonen, som bl.a. taler om viktigheten av en felles verdiorientering (jf. kp 2).

Er sykehusets kjerneverdier uttrykk for allmennmoralen?

Vi kan bare til en viss grad svare ja til dette spørsmålet. Ved å anvende ”allmennmoralen” i Tranøys forstand kan vi forstå hvilken rolle allmennmoralen har innen sykehus X som diakonal og verdibasert omsorgsinstitusjon. Allmennmoralen kan sies å være et nyttig utgangspunkt for all etikkfaglig arbeid og at etikken begynner med moralen. Men som Asheim sier det i boken: ”Verdirealisering: til det gode?”, ”*så vil det å bygge etikken på eller begrunne den i det allmennmoraliske være å gå for langt*” (Asheim 2005: 24ff). Dette forstår vi når vi eksempelvis aktualiserer dette til sykehuset med kjerneverdiene: ”respekt”, ”kvalitet”, ”rettferdighet” og ”tjeneste”. Disse kjerneverdiene er ment å være institusjonens *grunnmur* (og styrende instans) og ikke allmennmoralen (som Tranøy mener).

Allmennmoralen synes imidlertid å være viktig i forhold til ansattes utgangspunkt for en generell allmenn etisk refleksjon, med bakgrunn i at nettopp alle mennesker i utgangspunktet har visse allmennmenneskelige verdier felles (f.eks. ”respekt”).

4.1.3 Verdier er felles verdier – eller individuelle verdier

Etikk konkret dreier seg om fellesskap og fellesskapsdannelse.

Etikk er som Fløistad (1991) formulerer det:

Læren om hvordan vi kommer ut av det med andre. Etske (eller moralske) verdier er altså ikke spesifikke for en bedrift eller institusjon eller et enkeltindivid. Taler vi om etikk, gjelder det alltid et større samfunn (Fløistad 1991:21ff).

Felles verdier

Fellesskapsverdier er, som selve begrepet antyder, alle verdier som samler mennesker til et fellesskap. Her er det snakk om de etiske verdiene. Teologen Asheim viser, som tidligere anført, til at verdibegrepet med en mer samfunnsorientert tilnærming bl.a. har fått en retning ut mot det menneskelige fellesskapet og en etisk forpliktelse for andre. Han definerer verdi ” i allmennmoralisk forstand” som:

En kvalitativ positiv betegnelse for noe som på en avgjørende måte utgjør rammevilkår, grunnlag og/eller retningsbestemmende mål for menneskelig fellesskapsliv(...), som institusjonelt(...) med ansvarlig frihet, og som det derfor er en etisk forpliktelse å ivareta.

Asheim sier videre at denne definisjonen og tolkningen av den bruk verdibegrepet har fått i allmennmoralen i Norge, hjelper oss ut av den individsentrerte og subjektivistiske dimensjonen. Og gir rom for en fellesskapsdimensjon ved siden av den individuelle og derved kombinerer frihetsmotivet med et ansvarsmotiv. I de ”felles verdiene” ligger en etisk forpliktelse mot de andre (Asheim 2005: 171ff)

Individuelle verdier

Flere av sykepleierne påpekte at ”verdier” er: *grunnleggende verdier som betyr noe spesielt for meg*. Det kan dreie seg om verdien ”ærlighet” eller evt. en personlig tro (jf. kp). En individuell verdi er en normativ og individuell begrunnet verdi og det dreier seg om en personlig overbevisning. En slik verdi vil følgelig være spesifikk for det enkelte individ. En individsentrert definisjon på verdier kan være: ”*Verdier er goder som er viktige å realisere for meg*”. De individuelle verdiene er styrende for livet mitt. Noe også Asheim bekrefter ved definisjonen: (Individuelle verdier er) ”hva en person oppfatter som grunnleggende mål for tilværelsen og riktige midler for å nå målene”.

Ole Thyssen (2007) beskriver de individuelle verdiene:

”Det er verdier, som man gjerne diskuterer. Man vil gjerne udbrede dem og gjøre dem fælles (...). Men der ikke er lydhørhet. Personlige overbevisninger er i reglen ikke særlig viktige for en organisasjon.

De tilhører dens omverden, og de forstyrrer normalt hverken beslutningsprosessen - eller det daglige arbejde (ibid: 157ff).

Aktualisert til sykepleiergruppen, vil denne profesjonelle faggruppen antakelig i stor grad være ambisiøs på sitt fags vegne. De kliniske sykepleierne vil i stor grad bruke organisasjonen som en ramme hvor de kan utfolde deres faglige kompetanse og samtidig være bevisste både sine individuelle, men også profesjonens og organisasjonens verdier. Og med henblikk på mellomlederne vil disse ikke bare bruke organisasjonen som en ramme hvor de kan utfolde deres faglige kompetanse, men nettopp føle at de *er nødt til* å supplere deres faglige interesse med en fagpolitisk innsats, så de kan gjøre faget gjeldende, blant annet ved å kjempe for egne individuelle humanistiske verdier (inkl. etiske verdier i forhold til ledelse) i tillegg til profesjonens og institusjonens kjerneverdier.

Dette individsentrerte fokuset er viktig for den enkelte, men aldri for fellesskapet og samfunnet. Vi kan si at det ikke uten videre finns etiske forpliktelser når det er tale om ”individuelle verdier”. Kun i den grad de individuelle verdiene peker mot humane fellesskapsverdier som eksempelvis: ”respekt” og ”rettferdighet.

4.1.4 ”Verdier kan være forbunnet med en trosretning”

At verdier kan forbinnes med en trosretning kan ha sin naturlige forklaring i nettopp konteksten som verdiundersøkelsen har vært foretatt i. Det vil si et diakonalt sykehus med en selvforståelse som springer ut av den kristne nestekjærlighetstanke, som den kommer til uttrykk i fortellingen om den barmhjertige samaritan. ”Diakoni” er det samme som nestekjærlighet” sett ut fra en kristen forståelse (jf. institusjonens ”Etikkveilederen” 2007). Nestekjærligheten ligger til grunn for sykehusets kjerneverdier (jf. sykehus X sin selvforståelse, visjon og verdigrunnlag (Strategiplan 2006-2008 og sykehusets hjemmeside). For ansatte på sykehuset vil verdiutsagnet sannsynligvis ha å gjøre med en bevisstgjøring om at det nettopp fins spesifikke kristne verdier med tilknytting til den diakonale institusjonen de arbeider på. En spesifikk verdi forbunnet med dette sykehuset kan være verdien *tjeneste*, en verdi drøftes senere.

4.2 Verdibevissthet i forhold til kjerneverdiene

Hva er egentlig verdibevissthet? Verdibevissthet dreier seg om etikk eller moralfilosofi. Konkret viser dette seg som en felles etisk bevissthet i bedriften, som best utvikler seg gjennom arbeid med moralske dilemmaer.

Verdidimensjonen kommer inn overalt, bl.a. i organisasjonsarbeidet. For at verdiarbeidet skal få praktisk betydning i virksomheten må man begynne med å bli seg bevisst *hvor* man faktisk *er*, og *hvor* man faktisk *vil*. Eller sagt på en annen måte: Verdibevissthet er bevisstgjøring i forhold til *hvor* man *er*, *hvilke* verdier man *bygger på* – og *hvor* veien går videre. *Qvo vadis?*

Den skriftlige informasjonen fra institusjonen, bl.a. idegrunnlag, handlingsplaner og etiske retningslinjer, synes å peke på helt konkrete verdier som ønskelig skal være det bærende utgangspunkt for all behandling og samhandling innen institusjonen. Organisasjonen synes tydelig å vise til *hvilke verdier* den bygger på - og *hvor* den vil, dvs. hvor institusjonsledelsen ønsker at veien går videre. Sykehusets kjerneverdier er *respekt, kvalitet, rettferdighet* og *tjeneste*, og de skal vise veien fremover for institusjonen.

Kjerneverdienes formelle synlighet

Som omtalt i analysen introduseres sykehusets idegrunnlag og kjerneverdiene for de fleste ansattes vedkommende på sykehusets ”Intro-kurs for nyansatte”. Ellers er verdiene eksplisitt synlige på institusjonens hjemmeside, bl.a. i ”Etikkveilederen”, der kjerneverdiene spesielt forklares ved teologen Kjell Nordstokke. Disse verdiene fins i tillegg i institusjonens ”flyveblad” som ligger tilgjengelig på sykehuset. Det vil si at verdiene, om de ikke er konkret synlige eller bevisste hos den ansatte, kan finnes via intranettet og diverse skriftlig informasjon på institusjonen.

I hvilken grad er kjerneverdiene synlige for de ansatte? Hvilke andre verdier er synlige?

Svarene fra informantene viser til praksisfeltet hvor visse verdier taler sitt språk.

Kjerneverdienes synlighet i praksis

Når mellomlederne påpeker at de vet *hvor* de har fått informasjonen om kjerneverdiene - og vet *hvor* de igjen kan hente evt. nødvendig informasjonen, synes dette å vise til en generell lokal verdibevissthet i forhold til institusjonens viktige kjerneverdier. En verdibevissthet som både er ønskelig fra institusjonens side og viktig med henblikk på nedfelling av verdiene i

praksisfeltet, på avdelingsplan. Denne generelle verdibevisstheten synes å være forventet av nettopp mellomlederne, som tidligere nevnt.

Verdienes rolle i opplæring – og dyktiggjøring av medarbeidere

For det andre synes disse uttalelsene å tyde på at mitt tidligere hypotesespørsmål (fra Kp 1.1.2.), synes å ha sin gyldighet - og tilsynelatende være sann. Dette med bakgrunn i disse - og andre nevnte uttalelser fra mellomledere om at toppledelsen synes å svikte de ansatte i forhold til ”å følge verdiene til dørs”, dvs. følge opp kjerneverdiene i praksis, i forhold til en god personalpolitikk. Dette eksemplifiseres ved bl.a. følgende to datafunn: ”(...) *Kunsten er jo at gjøre (kjerneverdiene) levende (...), at det ikke bare blir de der høytsevendende floskler, som henger der`(...). Og de må praktiseres i alle ledd, sånn at det ikke blir en sånn ”mellomledergreie”, som vi har ansvaret for(...). Og så sitter vi selv der` litt i knipe og føler fraværet, alle, fra oven*

Verdienes rolle i sykepleiergruppen

”Kjerneverdiene var ikke det store ”Oih” på Intro-kurset,” sier en sykepleier. Et interessant utsagn som synes å signalisere kjerneverdiene til dels noe manglende nedslagskraft i praksis. Blant mange viktige informasjoner for nytilsatte på et ”intro-kurs” formidles institusjonens kjerneverdier tilsynelatende på en lite engasjerende måte, slik som en informant opplever det. Når en uttaler seg slikt om denne verdi-formidlingen vil det antakelig også kunne bety at flere andre på kurset kunne oppleve dette på samme måte. Med bakgrunn i teori om verdibasert ledelse vet vi at ledelsen har en viktig formidlingsoppgave i forhold til å videreformidle kjerneverdiene som *levende* for de ansatte. Om dette sier Beyer bl.a.: ”*Ledelsens oppgave bliver derfor at skabe engagement om de værdier og mål, som medarbejderne skal orientere sig efter, at gøre dilemmaer og prinsipper klare (...)*” (Beyer 2006: 113). Og med dette sykehusets ønske om at kjerneverdiene nettopp skal ha en høyprofilert plass og være organisasjonens bevisste verdigrunnlag, virker dette informantutsagnet som et uheldig verdi-uttrykk for en verdibasert organisasjon. Det vil si at institusjonens kjerneverdier sannsynligvis ikke har blitt presentert på noen engasjerende og *levende* måte på et viktig introduksjonskurs for nyansatte. Dette medfører at den/de ansatte i utgangspunktet *ikke* har opplevd kjerneverdiene som synlige og verdifulle for organisasjonen ved arbeidsstart. Vi kan si at en organisasjons kjerneverdier bl.a. vedlikeholdes i opplæringsplanen for nyansatte. Som nytilsatt forventes en arbeidstaker å være åpen og særskilt mottakelig for ny informasjon og

meningsfull målrettet strategi og handling. Nettopp derfor synes det svært uheldig at institusjonens kjerneverdier ikke her presenteres som *levende til stede* for de ansatte. Følgelig blir det da ekstra viktig *på hvilken måte* og *i hvilken grad* den pågjeldende mellomleder (og andre fagpersoner) med ansvar for formidling av kjerneverdiene konkret videreformidler kjerneverdiene i hverdagen, på postplan. Det vil si ”fagsykepleier” og ”diakonisykepleier” som sammen med leder har plikt til å videreformidle bl.a. sykehusets kjerneverdier (jf. pkt 3.3).

Kjerneverdiene satt litt i veggene, å oppføre seg etter disse begrepene

Dette dreier seg om organisasjonskultur. I verdibasert ledelse er det nettopp viktig at kjerneverdiene nedfelles i kulturen blant ansatte.

Dette er et annet representativt informantutsagn fra en da nyansatt sykepleier. Denne sier videre at hun opplevde ”(...) *en spesiell atmosfære og at det kanskje er spesielt, fordi det er et diakonalt sykehus*”. Særtrekket ved språket som her benyttes kan sies å være en kulturytring der` forteller *noe* om historien til sykehuset. Den synes å handle om ”en spesiell atmosfære” og om ”å oppføre seg etter disse begrepene (verdiene). Dette kan bl.a. sies å være en måte å beskrive en virksomhetskultur på – og de verdiorienteringene den representerer. Denne kulturen har visse kjennetegn knyttet til verdier og handlingsmønstre som er viktige for virksomheten.

Konkret vil det si at det dreier om visse verdier og holdninger som ”sitter i veggene”, dvs. verdier som er nedfelt i kulturen. Og at det antakelig her dreier seg om ”diakonale verdier”, verdier som bl.a. *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*, med bakgrunn i den diakonale tradisjon og Nestekjærligheten.

Som tidligere omtalt vil uttrykket at ”noe sitter i veggene” betegne en bedriftskultur eller organisasjonskultur som har verdier, gruppenormer og sosiale relasjoner som beskriver den spesifikke kulturen i institusjonen (Jacobsen & Thorsvik 2006: 17ff). Som nettopp her på dette diakonale sykehuset der de diakonale verdiene usynlig påvirker de ansatte *med en spesiell atmosfære*. Denne betegnelsen og opplevelsen av sykehusets organisasjonskultur synes å peke på en god medarbeiderkultur, der gode holdninger nettopp avspeiler institusjonens ønskede verdier. Det vil her være tale om felles verdier som betegner ansatte og pasienter m.fl. som *medmennesker* og *lagspillere* er gjensidige avhengige av hverandre.

Et for en organisasjon viktig verdinedslag med tanke på *verdistyring* i verdibasert ledelse. Med bakgrunn i en ansatt og sykepleiers plikter og lojalitet overfor både de profesjonsetiske retningslinjene og institusjonens etiske retningslinjer (jf kap 4.1?) vil denne sykepleieren måtte utøve en lojalitet overfor dette sykehuset, ved nettopp ”å oppføre seg etter disse begrepene” (dvs. verdiene) på arbeidsplassen. Det handler om holdninger, verdier og handlinger.

Vet godt hva som er holdningen på sykehuset, men tenker ikke direkte på verdiene i hverdagen

”Holdningen på sykehuset” peker mot verdier som preger institusjonen. Vi vet fra teorien (kap 1.1.4) at holdninger ligger tett forbundet med verdier psykologisk sett. Og at holdninger er en handlingsdisposisjon der en person har en tendens til å oppleve og handle på en bestemt måte, med bakgrunn i bevisste eller ubevisste verdier (Helstrup et al., 1977 og Cooke & Slack, 1991 i Andersen 1995: 189-190). Her dreier det seg igjen om kjerneverdiene verdinedslag i kulturen. Men den pågjeldende informanten uttrykker at hun ikke er spesielt verdibevisst på nettopp disse verdiene i hverdagen. Vi kan da spørre *hvorfor* - og *hvilke verdier* som reelt styrer handlingene hennes i praksisfeltet. Er det indirekte disse kjerneverdiene eller er det de profesjonsetiske verdiene? Som tidligere anført vil de profesjonsetiske verdiene i stor grad være innlemmet i sykehusets kjerneverdier, bortsett fra den spesifikke diakonale kjerneverdien *tjeneste*. Slik sett kan denne sykepleieren, ved å følge sine profesjonsetiske retningslinjer, i stor grad sies å kunne være lojal mot sykehusets kjerneverdier (jf også kap 4 om ”tjeneste-verdien”).

4.3 Hva er kjerneverdiene verdt i praksis?

Bakgrunn for valg av kjerneverdiene

Jeg vil i det følgende drøfte nærmere hvordan kjerneverdiene viser seg i praksis. Følgende informasjon er hentet fra en forskningsrapport (om sykehuset) av Tom Eide og Hilde Eide (2008):

Røttene til sykehusets kjerneverdier springer ut ifra 3 felt: Fra den kristne nestekjærlighetstanke, ledelsesfilosofisk fra ”verdibasert ledelse” – og fra den jesuittiske sykehustradisjonen i California (med bl.a. en inkorporering av 4 kardinalverdier).

Den diakonale tradisjon har syv grunnleggende verdier: Visdom, mot, måtehold, rettferdighet, tro, håp og kjærlighet. Disse verdiene ligger bak de utvalgte kjerneverdiene som dette sykehuset har valgt å fremheve.

Alle kjerneverdiene er i tråd med medisinsk etikk og generelle verdier for den norske helsetjenesten som: omsorg, trygghet, velgjørenhet, ikke-skade og respekt for autonomi og integritet. De fire regionale helseforetakene i Norge har alle ”kvalitet”, ”trygghet”, og ”respekt” som sine kjerneverdier (Helse Midt-Norge 2007, Helse Nord 2007, Helse Sør- Øst 2007, Helse Vest 2008). I tillegg til disse kjerneverdiene har Sykehus X valgt verdien ”rettferdighet” som kan føres helt tilbake til en av Platons fire kardinaldyder. Verdien *rettferdighet* har en sentral plass og verdi innen nyere moralfilosofisk tenkning (Eide og Eide 2008).

I tillegg har Sykehus X som diakonal institusjon valgt verdien ”tjeneste” og ikke ”trygghet” som de andre helseforetakene.

De 4 kjerneverdiene er to-språklige

Som professor dr. theol. Kjell Nordstokke skriver det om sykehusets 4 kjerneverdier i ”Etikkveilederen” (2007): *”Alle disse fire verdibegrepene er to-språklige i den forstand at de både er allmenne og diakonale. Det første innebærer at de har gyldighet uansett livssyn. Dessuten er de faglige relevante i sykehusets sosialpolitiske kontekst. Det andre betyr at de er særlig egnet til å løfte frem diakoniens egenart og målsetting. Begrepene har med andre ord et tverrfaglig potensial som gjør at de kan bidra til å fremme en inkluderende samtale på sykehuset om hvem vi er - og hva vi vil”.*

I forhold til det teologiske aspektet (i forhold til kjerneverdiene) kan dette perspektivet i første omgang synes å være utfordrende og muligens problematisk sett i forhold til institusjonens medarbeidere (samt pasienter og pårørende) som ikke deler denne livsanskuelsen. Men det er ikke ment å være det, ifølge sykehusets intensjon. Det diakonale aspektet er, ifølge Sykehus X etiske retningslinjer, ikke ment å utelukke noen med andre livssyn - men ment å vise til sykehusets egenart og kristne målsetting. Dette kan illustreres ved følgende (”Etikkveilederen 2007):

”Alle medarbeidere, uansett livssyn eller religion, ansettes for å virkeliggjøre sykehusets verdier. Den enkelte medarbeider kan ha andre begrunnelser for disse verdiene enn den kristne tradisjon

sykehuset står i. Samtidig er sykehuset et arbeidssted der kristen tro har en naturlig plass i yrkesutøvelsen så vel som i arbeidsmiljøet”.

Selv om alle ansatte, uansett livssyn, er velkomne som medarbeidere på Sykehus X ligger det en spesiell forventning og utfordring i det å jobbe på et diakonalt sykehus, noe som vil utfordre noen medarbeidere i større grad enn andre. For noen kan det være problematisk. Informantene i fokusgruppene viser til sine utfordringer i forhold til dette, spesielt synliggjort i forhold til kjerneverdien: ”tjeneste”.

I det følgende vil jeg, i forhold til den spesifikke kjerneverdien, gjøre bruk av Nordstokke sin begrunnelse for hvordan de fire kjerneverdiene kan gis innhold allmennmenneskelig og teologisk sett.

Kjerneverdienes betydning i praksis

Helt fra første bekjentskap med de 4 kjerneverdiene (i 2008) har de for meg fremstått som tydelige og gode overordnede verdier, som peker mot god kvalitetssikring av en god faglig og medmenneskelig omsorg, i en diakonal helseinstitusjon. Dette verdigrunnlaget, med nestekjærligheten som utgangspunkt for de fire kjerneverdiene, gir tydelige signaler om et overordnet bevisst verdistandpunkt og tydelige føringer for hva virksomheten ønsker: Å handle - og leve ut kjerneverdiene i praksis, både i forhold til pasienter og pårørende – og ansatte. Her kan nevnes at det kun i forhold til kjerneverdien ”tjeneste” nevnes eksplisitt at institusjonens ansatte er medregnet innen denne verdien.

Verdigrunnlaget – og verdienes synlighet

Et verdigrunnlag er en del av organisasjonens strategi. Der markeres synlig for alle, hvilke hensyn den påtar seg.

Når ledelsen baserer sine beslutninger på bestemte vedtatte verdier kalles det for verdibasert ledelse; dette forholdet til en organisasjons kjerneverdier er av forpliktende art, spesielt for ledelsen sier Ole Thyssen. Om verdienes synlighet i praksis skriver han:

”Værdiledelse måles på om værdier er synlige i hverdagen og altså er ”forskelle der gør en forskel”. (...) I praksis er disse to ting, synlighed og håndhævelse, de normale skær, som værdiledelse strander på. Organisationen – og mer konkret: ledelsen – gør sig ikke tilstrækkelig umage med at følge værdierne til dørs, så det bliver klart hva de indebærer til daglig” (ibid: 336).

Vi ser at ledelsen (i verdibasert ledelse) har store utfordringer i forhold til å følge opp kjerneverdiene i praksisfeltet, der verdiene skal operasjonaliseres og måles.

Verdibasert virksomhet – i diakonal drakt

Verdier er spesielle for hver organisasjon, og bak verdiene gjemmer det seg tradisjoner og rutiner som styrer. Slik også spesifikt på X sykehus med dets tradisjoner av diakonal karakter som setter spor gjennom kjerneverdiene: ”*respekt*”, ”*kvalitet*”, ”*rettferdighet*” - og spesielt i forhold til ”*tjeneste* -verdien”. Disse verdiene kan synes å være overlevert og gitt i kraft av organisasjonens tradisjon og formål: ”*Barmhjertighetsgjerninger*” - for å fremme diakonal tjeneste.

Kjerneverdiene (jf. vedlegg 1) er i utgangspunktet knyttet tett til de kvalitetsoppfattelser, der arbeides med i forbindelse med organisasjonens formulering av kort- og langsiktete mål.

4.3.1 Kjerneverdien ”Respekt”

Sykehusets forklaring til denne verdien (se vedlegg) synes å peke på en ønskelig holdning som ansatte bør møte pasienter og pårørende med, med den respekt som alle fortjener å møtes med, fordi hvert individ er *unikt*. Med dette tolker jeg at sykehuset ønsker at nettopp denne kjerneverdien skal være en rettesnor for hvordan hvert menneske, så vel pasient som andre, bør møtes: nemlig på en særskilt individuell måte. *Fordi* hvert menneske er unikt.

Allmennmenneskelig begrunnelse

Respekt kommer av latin og betyr opprinnelig ”å se seg tilbake” eller ”å se på noe/noen en gang til”. Ifølge teologen K. Nordstokke vil det si at ”å vise respekt” innebærer *ikke* å gi etter for det første inntrykket i møtet med en annen. Å respektere gir vilje til å se videre og dypere i møtet med den andre. Fordi hvert menneske er unikt. Som følge av at ethvert menneske har et ansikt og navn og er unikt og enestående, bør respekten medføre følgende: En lydhørhet, respekt for den andres bluferdighet og høflighet, omgangsformen som bekrefter den andre som medmenneske (Nordstokke (2007) i ”Etikkveilederen”, X Sykehus). Dette menneskesynet har sitt utspring i den humanistiske tankegangen og vi ser dette bl.a. uttrykt i ”Menneskerettighetene” (1948)

Teologisk begrunnelse

Respekt kan knyttes til det bibelske menneskesynet: Ethvert menneske er skapt i Guds bilde og derfor har ukrenkelig verdi. Mennesket er skapt til mangfold, derfor betraktes menneskenes ulikhet som både en rikdom og ressurs. Mennesket er i utgangspunktet gitt verdighet. Dette vil si at *menneskeverd* betyr å være gitt evner og ressurser som skal respekteres (ibid (2007)).

Som tidligere nevnt i dette kapitlet er verdien ”respekt” (sammen med ”kvalitet”) en av de 4 verdiene som alle de 4 regionale helseforetakene i Norge har valgt som sine kjerneverdier. Og disse er begge i samsvar med medisinsk etikk og generelle verdier for den norske helsetjenesten (dvs. verdier som *omsorg, trygghet, velgjørenhet, ikke-skade og respekt for autonomi og integritet*).

4.3.1.1 Hva er ”respekt” i praksis?

Som tidligere påpekt synes denne verdien å ville peke mot en ønskelig holdning som alle ansatte bør møte pasienter og pårørende med: ”(de) skal møtes med den respekt som alle (...) fortjener, fordi hvert individ er unikt (...). Verdien er tydelig først og fremst er påpekt i forhold til pasienter og pårørende. Men i formuleringen tenker jeg at det implisitt er antydning at ”respekten” er ment å innbefatte også de ansatte på sykehuset (og andre).

Som sykepleier blir det å møte pasienter og andre innen institusjonen en påkrevd plikt fra arbeidsgiver, men også en yrkesetisk plikt fra sykepleierprofesjonen.

Her vil jeg nevne at det eksplisitt i sykehusets ide-grunnlag står at kjerneverdiene også skal avspeiles i personalpolitikken. Derfor synes verdien ”respekt” å være en verdi som bør gjelde hele sykehuset, også de ansatte. Nettopp på grunn av at verdien viser til en generell aktelse for menneskeverdet, en universell tanke om verdighet og likeverd i forhold til alle mennesker rundt en. Det dreier seg om det humanistiske menneskesynet, med en ”omsorgsetikk” som nettopp setter enkeltmennesket, ikke bare som prinsipp, men også som konkret person, i sentrum for oppmerksomheten. ”I omsorgsetikken spiller nærheten til andre mennesker, ansvaret for deres ve og vel – og plikten til å hjelpe og støtte dem en viktig rolle. Følelse og innlevelse står i sentrum sammen med fenomener som barmhjertighet og nestekjærlighet” (Christoffersen: ”Handling, person og person” 2005: 91). Som tidligere nevnt i analysen (Kp

3.5.1) ligger det i *respekt* en langt større anerkjennelse og omsorgstanke enn i begrepet ”aksept”, som blott betyr at noen eller noe er *godkjent* eller ”ok”.

Det er i praksis at verdien ”respekt” skal nedfelles – og ”måles” om den er synlig og virksom. Kan det virkelig ”måles” om vi møter andre med respekt – eller om vi selv blir møtt med respekt?

Informantenes syn på ”respekt” i praksis.

En tanke som alle sykepleierne, både mellomledere og kliniske sykepleiere, i utgangspunktet er enige om er at verdien ”respekt” gjelder *alle* på sykehuset. Det betyr naturligvis også de som ansatte. Alle sykepleierne fokuserer entydig og ofte på denne verdien som en av de viktigste kjerneverdiene innen både ledelse - og samarbeid med kolleger.

Her følger noen representative svar på hver ”respekt” er, når verdien er nedfelt i praksis.

”Respekt” er vanskelig å definere, men likevel praktisk anvendbar.

Begrepet ”respekt” er for mange *et stort ord*, som en annen informant sier, og vanskelig å definere og si noe konkret om. Kanskje ofte fordi respekt betraktes som et selvfølgelig begrep og verdi innen menneskelig samvær og et begrep vi ofte bruker. Måten vi kanskje ofte ”måler” verdien på i eget liv er *om* vi selv opplever at andre møter oss med respekt. For det kan *føles* på kroppen. Men det er kanskje heller sjeldent vi egentlig betrakter begrepet ”respekt” teoretisk og kan sette ord på hva ordet egentlig betyr. Som nevnt tidligere forklarer K. Nordstokke begrepet slikt: Selve ordet betyr opprinnelig *å se på noen en gang til* og dette innebærer *ikke* å forhåndsdømme (eller ”sette i bås”) et menneske etter første inntrykket vi får. Å respektere medfører en vilje til å se og lytte til den andre, å gå dypere i møtet med den andre, fordi hvert menneske er unikt (ibid).

At *respekt* likevel er praktisk anvendbar gis det mange tydelige eksempler på fra informantenes side. Alle ledernes eksempler på hva respekt er synes å kunne sammenfattes i følgende formulering:

”Respekt” i samarbeidet - er å se hver og en som et individ

Respekt handler om å *se* den enkelte i fellesskapet, i samarbeidsøyemed, påpeker en leder. Vi kan se dette i relasjon til flere områder der mennesket ses som et unikt menneske: Det kan dreie seg om både ”Menneskerettighetene”, selve sykehusets forklaring til denne kjerneverdien - og til K. Nordstokke sin verdi- forklaring til samme verdien: Nemlig om dette

å møte hvert enkelt menneske med respekt, fordi hvert individ er et unikt medmenneske. Her vises både til det humanistiske og kristne menneskesynet med deres sterke vektlegging av menneskeverdet.

I sykehusets verdi- forklaring synes også sykehusets ansatte implisitt å være medregnet, når det sies ” (...) *Hver enkelt pasient (...) skal møtes med den respekt som alle mennesker fortjener(...)*”.

Spesielt innen verdibasert ledelse vil det være viktig for mellomlederen å være med på å nedfelle kjerneverdiene i praksis, hos personalet sitt. Det handler om verdier. Men hvilke verdier nedfelles kan vi spørre.

En mellomleder ser her personalansvaret denne har - og tenker antakelig på personalomsorgen i forhold til sine ansatte. Nettopp det å *se* den enkelte i samarbeidsrelasjonen, i fellesskapet. Som nevnt i analysen handler samarbeid og fellesskap blant annet om fellesskapsverdier som *solidaritet* og omsorg. Innen personalomsorg kan vi gjøre bruk av omsorgsetikken eller nærhetsetikken der vi i møtet med *den andre* har noe av hans eller hennes liv i sin hånd som K. E. Løgstrup uttrykker seg. Den andre er utlevert til oss på en måte vi ikke kan unndra oss. Den moralske situasjonen kjennetegnes ikke bare av at vi er knyttet til oss selv, men i møtet med den andre er vi også knyttet til dennes liv. Vi er derfor utfordret til å ta vare på den andre som er *nær* oss. Med denne nærhetsetikken i bunn kan vi som profesjonsutøvere ikke bare la yrkesetikken handle om hvordan vi møter og løser etiske problemer vi kommer over i arbeidet vårt. Men som Henriksen og Vetlesen sier det: ” *Yrkesetiske holdninger og en yrkesetisk bevissthet må også ta med i betraktningen at vi lever i ”et moralsk felt”, der alt vi gjør, på en eller annen måte er relevant for menneskers ve og vel. Det betyr at enkle og små ting som hvordan vi møter (...) kolleger, og hva slags holdninger vi signaliserer overfor pasienter o.a., er med på å avgjøre hvor godt vi tar vare på dem når de er utlevert til oss*”. (Henriksen/Vetlesen 2006: 249ff).

I den konkrete personalomsorgen, på postplan, viser lederen respekt mot de ansatte gjennom omtanke og anerkjennelse av den enkelte og personalgruppen. Det handler om bl.a. empati og god lederatferd. En god lederatferd (jf ”integratorlederen”, Strand: 502ff) kjennetegnes som tidligere anført av for det første å være symbol på viktige ting i organisasjonen – og for det andre å tørre å gå inn i tette relasjoner med ansatte og prioritere samtaler og ha en kommuniserende atferd (jf kap 2.3).

Empati - å lytte og ta den enkelte på alvor.

Det å *se* den enkelte handler om noe ganske annet enn å betrakte et menneske. Når man ser en annen møter man personen ansikt til ansikt som et *enestående du*, som Nordstokke sier det i forklaringen til kjerneverdien ”respekt”. Han påpeker at nettopp respekt bl.a. innbefatter lydhørhet, en vilje og tid for en annens versjon. Det dreier seg om empati, en *innfølelse* eller *innlevelse*. Empati kan sies å være det å lytte seg inn i en annens situasjon. Det å lytte er en vesentlig del av den viktige dialogen mellom to. Når vi *ser* og *lytter til* en annen tar vi den andre på alvor, dvs. vi viser en oppriktighet eller *gir verdighet til* en annen, som nevnt i analysen.

Professor i idéhistorie Guttorm Fløistad sier følgende om det å lytte: ”Å lytte er å ta en annens oppfatninger innover seg. Det er dessuten en fin form for omsorg og anerkjennelse. Er lytting også en fin anledning til selv å tenke nytt. Dialog blir en kilde til nyskaping. Da får det å lytte en dypere mening. Det blir et signal til andre om at jeg både som leder og medarbeider er villig til å forandre meg” (Fløistad 1991: 171ff).

Respekt er folkeskikk – god allmennmenneskelig dannelse

Son tidligere nevnt handler ”folkeskikk” om allmenndannelse, en fremtreden, holdning eller atferd i forhold til moralsk atferd overfor andre mennesker. Det dreier seg om god atferd på bakgrunn av verdier som bl.a. *høflighet, vennlighet og hjelpsomhet*. Kjell Nordstokke sier at respekt også er ”høflighet”, en omgangsform som bekrefter forståelse for den andre.

”Folkeskikk” eller allmenndannelse handler om *allmennmoralen* som jeg tidligere har belyst, om bl.a. ” (...) de moralske verdier, normer og dyder som har bred aksept og er internalisert og respektert i en gitt kultur til en viss tid” (jf Tranøy 1998 i Asheim 2005: 21).

Respekt betyr i praksis å behandle alle likt - og tenke gjensidig rettferdighet i relasjonen

Her viser respekt til en atferd som består i å tenke og behandle alle ansatte likt eller rettferdig. Og nettopp ”ikke lar meg farge eller hemme av uenighet eller noe som ligger bak”, men behandle alle likt”, som en leder nevner. Det handler om en god lederatferd og det handler om verdier. En leder viser her til den lederatferden som T. Strand sier kjennetegner ”integratorlederen”, bl.a. med følgende egenskaper: ” De virker inkluderende ved å være i stand til å forholde seg til flere typer mennesker og på alle nivåer. De er oppmerksomme på og greier å ta i bruk sosiale prosesser og følelser i relasjoner (...) og møter, og lar tilsynelatende ikke det saklige og de undertrykte følelsene styre utfallet” (Strand: 502ff).

Om det å tenke *gjensidig rettferdighet* i relasjonen til ansatte er det kun leder som nevner, men desto større betydning nettopp å fokusere på denne symmetrien i relasjonen mellom leder og ansatte. Det handler om *det å gi* - og *det å ta*”, som en leder uttrykker det. Men det viser seg at de fleste lederne i hovedsak formidler at de oppfatter deres rolle som værende leder i en spesiell ”*giver*– posisjon” i forhold til sine ansatte. De synes i liten grad eksplisitt å formidle at de eksempelvis forventer samme grad av respekt tilbake, som de selv gir. Men antakelig ligger dette *gjensidige* aspektet implisitt innbakt i svarene deres i forhold til nettopp verdien *respekt*.

Tegn på at en mellomleder viser ansatte respekt

Vi kan spørre hvordan vi kan *måle* om vi viser andre respekt. Her kan vi tale om den gjensidige respekten som lederen selv kan ”måle” i form av gjenytelser som personalet viser, som svar på at leder utviser respekt mot personalet. Lederinformantene gir sine konkrete og praksisnære svarene på dette spørsmålet og sier følgende:

”Jeg får ta del i småpraten – og alt det andre uformelle som foregår, får gode tilbakemeldinger som leder, det kan måles på personalets ansettelsestid og på arbeidsmiljøet, tydelig kommunikasjon og god samhandling og: Jeg tror kanskje at de (personalet) opplever at de behandles med respekt, kanskje”.

Disse målinger på hvordan respekt (mot leder) blir synlig i praksisfeltet synes å peke tilbake på kjennetegn på god lederatferd som nevnt ovenfor (Strand 2007: 502ff).

I forhold til sykepleiergruppen synes deres synspunkter om verdien ”respekt” å være sammenlignbar med ledergruppen på flere områder. For det første var det her to sammenlignbare svar om at ”*respekt betyr å vise empati- for leder som person og overordnet*”- og ”*respekt er en gjensidig og likeverdig respekt, leder og ansatt imellom*”. For det andre viste sykepleiergruppen til to andre svar: ”*respekt er å være lojal og utføre pålagte oppgaver – og respekt er åpen og direkte kommunikasjon*.”

Det som hos denne gruppen utmerket seg var at de kliniske sykepleierne i mye større grad enn mellomlederne var opptatt av at respekt på postplan måtte handle om en gjensidig rettferdighet, dvs. *likeverdighet* i relasjonen mellom leder og ansatt. Nettopp om dette: at når du *gir noe*, da *forventer* du også *noe tilbake*. Det dreier seg om en symmetri i relasjonen mellom to likeverdige mennesker - og om maktforholdet som eksisterer mellom leder og ansatt.

4.3.2 Kjerneverdien ”Kvalitet”

Ifølge Nordstokke sier han i forklaringen sin til kjerneverdien ”kvalitet”: *”Kvalitet vil si at noe er godt. Det er en bekreftelse av det gode. De gamle grekerne oppfattet sivilisasjon som et samfunn med sans for det sanne (respekt), det rette (rettferdighet) og det gode (kvalitet)”* (Nordstokke i sykehusets ”Etikkveilederen” 2007).

På sykehuset kommer kvalitet bl.a. til uttrykk, som beskrevet i sykehusets verdigrunnlag, som *faglig kyndighet, kreativitet, teamarbeid og tverrfaglighet* (se vedlegg). Om dette sier Nordstokke videre: Utdanning er et gode fordi det gjør mennesker i stand til å gjøre det gode. Det samme gjelder den kreativiteten som gjør mennesker bedre i stand til å finne bedre løsninger i det godes tjeneste. Disse kvalitetene er *ikke* goder i seg selv, men de fremstår som goder, når de brukes slik at pasienter og pårørende opplever godhet og forbedring (mer godhet enn før). Derfor vil *kvalitetssikring* være viktig for å kunne ivareta bl.a. sykehusets verdigrunnlag. Ifølge Nordstokke vil alle ansatte som bidrar til høy score i kvalitetsøymed bidra til god diakonal praksis.

Teologisk begrunnelse

Kvalitet knyttes teologisk til Skapelsesberetningen om at alt Gud hadde skapt var ”såre godt” og at Gud ved å skape fremmer godhet. Skapertroen viser til en kvalitetsbevisst Gud. Ellers viser de bibelske fortellingene om Gud til at han fremmer det gode, i menneskers liv og i samfunnet. ”Diakoni” er i dette perspektivet det å være Guds medarbeidere, spesielt i innsatsen for å fremme det gode. *Kvalitet* blir ifølge Nordstokke da et tegn i det godes tjeneste (ibid i ”Etikkveilederen” 2007)

Siden 1993 har det fra Sosialdepartementet vært arbeidet med en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Flere sykehus bl.a. dette undersøkte sykehuset har oppnådd en *”ISO-sertifisering”*⁶, dvs. et målbart og viktig kvalitetsstempel på helsetjenestene som ytes på sykehuset.

Som antydnet tidligere er sykehusets kjerneverdi *”kvalitet”* en av de 4 viktigste kjerneverdiene som alle helseforetak i Norge har valgt som kjerneverdi for deres helsevirksomhet. Dette er en tydelig signalisering av at sykehuset, som helsetjenesten ellers nasjonalt, er forpliktet til å yte

⁶ ”ISO” er en internasjonal standardiseringsorganisasjon som arbeider med ”kvalitet” og kvalitetssikring, bl.a. i helsetjenesten.

helsetjeneste av (...) kvalitet (jf Eide og Eide 2008). Det poengteres i sykehusets ”Strategiplan (2006-2008) at virksomheten ønsker å virkeliggjøre ”*grunnleggende diakonale kvaliteter som er: høy faglig kompetanse, tjenestevillighet, etisk verdibevissthet, medmenneskelige holdninger – og åpenhet for åndelige og eksistensielle spørsmål*”(ibid: 16)

”Å sørge for kvalitet på produkter og tjenester har svært mye med respekt for andre å gjøre, og kan være avgjørende for tillitten mellom mennesker”, sier professor i idèhistorie Guttorm Fløistad (i Skogstad/Einarsen: 401ff).

4.3.3 Kjerneverdien ”Rettferdighet”

”Rettferdighet” er for flere av lederne en av de viktigste kjerneverdiene i forhold til utøvelse av ledelse. En leder mener imidlertid at denne verdien *ikke* skulle ha vært en kjerneverdi i institusjonen sett i forhold til personalet. Hun definerer ”rettferdighet” som ”matematisk rettferdighet”, en forståelse hun definerer uforenelig med synet på god personalledelse. Lederne mener at kjerneverdiene ”respekt” og ”rettferdighet” er lette ”å blande sammen”, fordi de flyter i hverandre, - og at det ofte er vanskelig å utøve rettferdighet overfor de ansatte i avdelingen.

Sykepleierne synes å formidle at det er vanskelig å forstå og handle i forhold til verdien ”rettferdighet” når det gjelder deres leder. Det er lettere å forstå, se og tolke eventuelle ”rettferdige” handlinger som lederen utøver eller *ikke utøver* mot dem som ansatte. Når sykepleierne fokuserer på ”rettferdighet” i forhold til leder blir temaet fort til motsatsen ”*urettferdighet*”.

4.3.3.1 Hva er ”rettferdighet” i praksis?

For det første påpeker både sykepleierne og lederne at de ansatte tilsynelatende ikke synes å være målgruppe for denne verdien. En sier: ”(...) *rettferdighet går mer på fordeling av tjenesten ut til pasientene (...)*”, noe som bl.a. sykehusets verdiformulering tilsier. ”Rettferdighet” er tydelig rettet mot de som trenger rettferdigheten mest på sykehuset, ”*de mest utsatte gruppene*”.

Begrunnelsen finns i Pasientrettighetsloven (1998-99). Her er pasienten mottakerne for verdien ”rettferdighet”, og rettssikkerheten står i fokus. Nettopp for at pasienter skal være

sikret de rettsgoder og de rettigheter som loven angir. Ifølge Slettebø (2006) ”betyr dette at helsepersonell har motsvarende plikter til å påse at disse rettighetene oppfylles” ((Slettebø/Nordtvedt 2006: 22). Også i ”Ethiske retningslinjer for sykepleiere” (2007) sies det bl.a. at sykepleieren skal sørge for å vareta pasienters og pårørendes rettigheter (§ 1.6 og § 2.1).

Sykehus X har *rettferdighet* som en av sine kjerneverdier (jf. vedlegg 1). Det er en verdi som sykehusets nye direktør (2001) valgte å gi nytt fokus ved bl.a. å innlemme denne verdien som en av institusjonens kjerneverdier. ”*Rettferdighet*” en av Platons fire kardinaldyder og en sentral verdi i nyere moralfilosofisk tenkning (Rawls 1971). Ifølge Eide og Eide vektlegges denne verdien ikke i særlig grad i stortingsmeldingen om verdier i den norske helsetjenesten (Nr. 26, 1999-2000) i Eide og Eide 2008).

Ifølge Nordstokke (2007) bekrefter kjerneverdien ”rettferdighet” velferdssamfunnets rettighetstanke. Helsetjeneste skal *ikke* være et uttrykk for veldedighet, ei heller være avhengig av autoritetspersoners velvilje, men nettopp være en rettighet som alle har krav på. Dette er i tråd med tradisjonen fra antikken: Rett og rettferdighet er sikre kjennetegn på at et samfunn er sivilisert, sier Nordstokke. ”Rettferdighet handler om juridiske rettigheter. Men det handler også om fellesskapet og felles moral. Det er utålelig dersom retten brukes til å forsvare urett. Derfor er det etiske perspektivet viktig” (Nordstokke 2007 i ”Etikkveilederen”, Hjemmesiden til sykehus X). Rettferdigheten har særlig blikket rettet mot utsatte gruppers situasjon. Det er noen som har større behov enn andre. Derfor må rettferdighet også innebære evne til å prioritere. Det vil ikke alltid være nok til alle. Som Nordstokke bl.a. videre sier: ”En rettferdig prioritering gir førsteretten til de mest utsatte, de svakeste, de forsømte, de som ikke kommer til orde”. Dette påpeker også John Rawls, med sin definisjon på *rettferdighet*: ”En moralsk god situasjon er oppnådd når alle ulikheter virker til fordel for dem som har det dårligst i samfunnet”(Rawls i Jacobsen/Thorsvik 2006: 147).

Teologiske begrunnelse

Rettferdighet er teologisk knyttet til utsagn om at Gud er rettferdig – og vil rettferdighet. Tanken handler for det første om en såkalt ”distributiv” rettferdighet, en rettferdighet som ser den enkeltes behov og forutsetninger. For det andre handler det om rettferdighet som skapende engasjement – og aktiv handling. ”Å rettferdiggjøre som aktiv handling er å reise opp den som er slått ned, å frigjøre, å myndiggjøre”(Nordstokke 2007).

”Rettferdighet” – og kjerneverdiene nedslagsfelt hos de ansatte

Sett i forhold til Pasientrettighetsloven og sykehusets verdiformulering vil ”Rettferdighets” - perspektivet få et noe mindre fokus når det gjelder arbeidstakerne på sykehuset. Imidlertid nevnes det eksplisitt, ifølge sykehusets strategiplan (2006-2008), at kjerneverdiene *også* skal nedfelles i personalpolitikken. ”Sykehuset skal (...) utvikle kvaliteten gjennom (...), fagutvikling og en *verdiforankret personalpolitikk*”.

Spørsmålet blir så *om* personalet opplever at verdiene får et praktisk nedslag hos dem. Når ledelsen *ikke* eksplisitt har sagt noe om hvordan denne respektive kjerneverdien forholder seg til *den ansatte* (jf. kp 3.4.2) kan dette kanskje resultere i at medarbeiderne ikke føler seg medregnet i forhold til denne verdien - og at de derfor følgelig har vansker med å tenke på denne verdien i forhold til samarbeidsrelasjonen seg imellom.

Vi kan spørre (jf. mellomleder): *Bør kjerneverdien ”rettferdighet” bør utelates når det gjelder personalet?*

Mellomlederne viser i løpet av gruppeprosessen til at det er viktig å tenke på rettferdighet i relasjon til personalet, men ser dette på en annen måte enn sykepleierne.

Ikke med en tilsynelatende matematisk rettferdighet, men ved å behandle medarbeidere ulikt, etter deres behov, dvs. med respekt for den enkelte.

”Rettferdighet” og ”respekt” - og kjerneverdiene diffuse uttrykk

Samtlige ledere og sykepleiere påpeker at sykehusets kjerneverdier (spesielt ”respekt” og ”rettferdighet”) ”så lett går over i hverandre” og derfor er lette å blande sammen. Dette er deres tolkninger av verdiene. Verdiene oppleves ikke konkrete i uttrykk. Som tidligere påpekt er både verdibegrepet og mange *nøkkelverdier* rundt formulert, selv innen verdibasert ledelse. De spesifikke verdiene forklares imidlertid nærmere i ”Etikkveilederen” (2007), men ikke spesifikt i forhold til de ansatte. Dette medfører sannsynligvis at de ansatte føler seg usikre på hvordan de skal forholde seg til denne verdien i personalsammenheng.

Rettferdighet i personalsammenheng – den gjensidige rettferdigheten?

Da mellomlederne tilsynelatende allerede er opptatt av å yte en etisk og faglig god personalpolitikk, er det viktig for dem å tenke på grunnlaget for et godt samarbeid, ansatte og leder imellom. Da handler det om en gjensidig ”respekt”, om *”det å gi - og ta”*, som en leder sier. ”Det forbinder jeg med respekt for hverandre, det å møte hverandre med det ”å gi og ta” (jf. kp. 3.4.2)

Om kunsten å vise rettferdighet overfor personalet.

Lederne opplever det vanskelig å vise rettferdighet da de ansatte ofte ikke oppfatter deres prioriteringer som rettferdige. De ansatte verken ser og forstår prioriteringene. Kun en leder påpeker at hun er oppmerksom på at medarbeiderne ikke forstår dette og sier:

”Jeg legger det i ”rettferdighet”: å behandle alle likt. Gjennom å behandle alle likt så vektlegger jeg det å forklare hvorfor jeg gjør som jeg gjør. I det ligger en form for rettferdighet. At du fortjener å få en forklaring på, hvorfor du får eller ikke får, som noen andre får. Men det krever faktisk at du som leder reflekterer ganske nøye over deg selv, så du kan stå rakrygget og si det.

Lederen signaliserer både respekt for den enkelte - og ser samtidig på helheten og fordeling av ressurser, noe en mellomleder må gjøre (jf. kp 2.1.4).

Ensidigheten i måten å vise rettferdighet på

Det synes tilsynelatende å være en ensidig holdning til at verdien *rettferdighet* bare skal gå en` vei, dvs. fra leder og til personalet - og ikke motsatte veien, fra personalet til leder.

Når motsatsen til rettferdighet blir ”urettferdighet” som flere av sykepleierne påpeker i deres relasjon til leder, kan denne holdningen tyde på en litt liten reflektert måte å tenke på samarbeidsrelasjonen på.

Gjennom analysen ser vi at flere av informantene nettopp gjennom fokusgruppeprosessen tilegner seg en større etisk bevissthet om kjerneverdiene. Dette gjelder også ”rettferdighet” sett i forhold til samarbeidet leder og ansatte imellom. Sykepleierne kommer eksempelvis (i slutten av fokusgruppen) frem til en felles erkjennelse når de resonnerer seg frem til at *rettferdighet* for dem betyr *respekt*:

”Det er jo viktig å behandle leder med respekt for den jobben hun skal gjøre. Støtte henne slik at hun gjør jobben på best mulig måte.

4.3.4 Kjerneverdien ”tjeneste”

Analysen viser at halvparten av lederne synes at verdien ”tjeneste” ikke er en viktig verdi for dem å lede ut ifra, fordi selve verdien er: (...)” *vanskelig å sette ord på, hva det er(...)* og hva den konkret skal bety i praksis i forhold til personalsamarbeid. Imidlertid har disse lederne selv klart å gi verdien en egen definisjon og et praktisk uttrykk, slik at verdien kan nedfelles på avdelingsplan. To av disse definisjonene er ”å være serviseinnstilt” – og ”å yte en tjeneste for

noen som trenger noe". Dette er verdiforklaringer som stemmer godt overens med ordlyden i sykehusets verdiforklaring til "tjeneste": At det i *tjeneste* "ligger bl.a. *service, høflighet og tilgjengelighet*" (vedlegg 1). Fokuset på den allmenne tankegangen (jf. lederne) har gyldighet og er (som tidligere anført) en akseptabel tankegang og holdning på dette sykehuset, jamfør sykehusets etiske retningslinjer ("Etikkveilederen 2007).

De øvrige lederne synes "tjeneste"-verdien generelt er viktig å ha med seg både i forhold til pasientene - og i ledelse og samarbeid med personalet. To ledere opplever at "den diakonale verdien" kan være noe vanskelig å forstå i forhold til hvordan verdien skal nedfelles og anvendes i praksis.

Det spesielle her er at *kun* en leder opplever at denne kjerneverdien er *lett* å forstå, forholde seg til - og handle ut ifra. Hun forteller engasjert om denne verdiens viktighet som grunnleggende verdi i forhold til omsorg og respekt for både ansatte – og pasienter.

Av de andre lederne oppleves denne kjerneverdien som noe diffus og *flytende* og diakonalt rettet. At verdien oppleves som diffus og "flytende" skyldes antakelig, at lederne ikke har fått hjelp til konkret å definere verdien, slik at den har blitt *håndfast* og praktisk anvendelig. At "tjeneste"- verdien er diakonalt rettet vil si at den er "kristent verdiladet". I "tjeneste ligger begrepet *barmhjertighet* og *nestekjærlighet*.

Den gode lederen: "Hva vil du at jeg skal gjøre for deg?"

Ellers vil jeg påpeke at lederen med ordene: "Hva vil du at jeg skal gjøre for deg?" synes å ha visse karaktertrekk (eller *dyder*) som preger *den gode leder* - og *det gode menneske*, nemlig bl.a. godhet, respekt, omsorg, kvalitet, ærlighet og målrettethet. Her kan vises til *integratorlederen* (jf. kp 2.1.5), der lederen viser til god lederatferd ved å stå frem og være et symbol på viktige ting i organisasjonen. Hun viser både til en kommuniserende atferd og til det diakonale symbolbildet fra "Den barmhjertige samaritan", et symbol som sykehuset nettopp ønsker skal inspirere de ansatte og nedfelle seg i praksis.

Tjeneste – verdien er for vanskelig – for de kliniske sykepleierne

Kjerneverdien "tjeneste" (jf. kp 3.4.4) synes å være den verdien som de færreste av sykepleierne ønsker å fokusere på – og ta med som viktig verdi i relasjonssammenheng mellom ansatte fordi den er vanskelig å forholde seg til som *diakonal* verdi. Sykepleierne forstår ikke verdien og har derfor vanskelig å forholde seg til den, forholder seg likevel til den som en tjeneste der man yter *service* til leder og andre, eksempelvis er *litt raus* når leder

trenger det. Men om sykepleierne yter raushet er avhengig av gjensidigheten i tjenesten/samarbeidet mellom leder og de.

Bakgrunnen for at de fleste av sykepleierne ikke forstår - eller i mindre grad forholder seg til "tjeneste"-verdien kan forstås ut ifra at de fleste av sykepleierne i liten grad har snakket om denne verdien med leder eller andre. Eksempelvis husket mange ikke denne verdien som *noe spesielt* eller viktig på introduksjonsmøtet for som nyansatte.

Kjerneverdien "tjeneste" – en spesiell verdi

Verdien "tjeneste" er som nevnt av spesiell karakter grunnet dens diakonale dimensjon som kan synes vanskelig forståelig og lite tilgjengelig. Ikke desto mindre er denne verdien en viktig kjerneverdi som sykehuset ønsker å nedfelle i praksis på sykehuset.

Som tidligere antydnet viser kjerneverdiene hvordan organisasjonen gjerne vil beskrive seg selv, hva dens identitet skal være. "Tjeneste -verdien" er her en slik viktig verdi på det diakonale sykehuset. På institusjonens hjemmeside finner man informasjonen om at det diakonale sykehuset bl.a. markedsfører seg som "(...) en privat omsorgsinstitusjon, i en to tusen år gammel tradisjon, som fortsatt preges av omsorgstenkning og behandling til *mennesker i nød*".

Ellers heter det videre at Sykehus X stadig blir utfordret til å være verdibevisst og omsette de diakonale verdier til dagens situasjon og dagens fagspråk.

Hvordan nedfelle en "tjeneste"-verdi i praksisfeltet?

Om viktigheten av at alle medarbeidere forstår en organisasjons verdier skriver Thyssen:

"En organisations værdier skal være udtrykt i et sprog som er let at forstå. Mens det økonomiske regnskab er for specialister, skal et værdigrundlag være for alle og enhver. Kun på den måde kan organisationens værdier være fælles for mange. Kun på den måde kan de bruges som temaer, der kan samle forskellige interessenter (...)". (Thyssen:290 ff)

Vi ser her at det understrekes viktigheten av å kunne forstå hva organisasjonens kjerneverdier betyr, ved at de bl.a. formuleres i et lettfattelig språk. Slik at alle ansatte forstår og opplever verdiene som felles, betydningsfulle og meningsbærende. Denne forståelsen og

Viktige begreper innen "tjeneste -verdien"

Som tidligere anført inneholder tjenestebegrepet flere begreper av verdi, bl.a. *service* og *tilgjengelighet*.

Ifølge Nordstokke kan begrepet ”*service*”, innen norsk helsevesen, ha problematiske sider. ”Service” kan forstås som relasjonen mellom tjenesteleverandør og tjenesteforbruker og dermed kan helsetjeneste lett plasseres inn i kommersielle og privatiserte kategorier. Blir ”service” oppfattet som at det handler om konkurransefortrinn: *hvem leverer best*, blir det problematisk. Fordi dette kan tilsløre spørsmålet om rettferdighet og prioritet.

Nordstokke sier videre at ”*tilgjengelighet*” viser til både en logistikk på sykehuset som gjør det mulig å nå frem, dvs. fysiske rom. Og i like stor grad til en tilgjengelighet som handler om oppmerksomhet og blick - og som inkluderer. *Møtet* og *samtalen* vil være viktige kvalitetssikrende elementer for tjeneste som kjerneverdi på sykehuset. Og i diakonal tradisjon vil gjestfrihet og hospitalitet være uttrykk for dette, ifølge Nordstokke. Begrepet ”barmhjertighet” er både en allmenn og spesifikk diakonal verdi. På Latin betyr begrepet *et hjerte som lider med*. Begrepet har på den ene side en fysisk og emosjonell side, en magefølelse av at noe ikke er som det skal være, noe må derfor gjøres. Og på den andre siden har barmhjertigheten og så en eksistensiell dimensjon: dvs. at humaniteten går tapt om jeg ikke bryr meg (Nordstokke 2007 i sykehusets ”Etikkveilederen”).

Teologisk begrunnelse for ”tjeneste”

Nordstokke viser til følgende: Barmhjertighetstanken har sin teologiske opprinnelse i Guds barmhjertighet. Gud lider når mennesket lider (av smerte eller urett). Jesu lidelse er konkret uttrykk for Guds medlidelse. Samtidig oppfordres menneskene å være barmhjertige, slik som hovedbudskapet er i fortellingen: *Den barmhjertige samaritan*. De tre poengene i fortellingen: Å *se* den lidende, å *lide med* - og å *gjøre noe* med situasjonen er viktige sider ved diakonal tjeneste.

Nordstokke mener videre det er viktig å knytte sammen *barmhjertighet* og *rettferdighet*. Fordi man uten barmhjertighet står i fare for å miste av syne *blikket* for den andre. Men like viktig er rettferdigheten, bevisstheten om den tredje, den jeg ikke møter her og nå, men som også lider og må ivaretas. Det er rettferdighetens oppgave. (Nordstokke 2007 i ”Etikkveilederen”).

4.3.5 Verdibevissthet innen ledelse og samarbeid

Hva forteller informantenes verdi- svar oss om verdibevissthet, kan vi spørre. Med bakgrunn i datamaterialet synes både den generelle og spesifikke etiske bevisstheten å være stor blant

mellomlederne. Den spesifikke verdibevisstheten dreier seg om mellomledernes bevisste forhold til sykehusets kjerneverdier og identifiseringen av etiske dilemmaer.

Hos de kliniske sykepleierne synes det derimot å være til dels en tilsynelatende mindre generell etisk bevissthet. Men her kan det nevnes noen konkrete verdiuttrykk som de kliniske sykepleierne spesifikt synes å være meget bevisste på: Fokuset på - og bevisstheten om to kjerneverdiers praktiske uttrykk i arbeidsdagen: Hvordan ”Respekt” og ”kvalitet” konkret nedfeller seg fra leders side.

Verdibevissthet viser seg konkret som en felles etisk bevissthet i bedriften, som best utvikler seg gjennom arbeid med moralske dilemmaer. Dilemmaer som oppstår grunnet verdikonflikter.

At det i realiteten finnes konflikter mellom sykehusets kjerneverdier - og de reelle verdiene som nedfeller seg i praksis, er antakeligvis forventet fra institusjonsledelsens side, siden det eksplisitt, i institusjonens Strategiplan (2006-2008) heter: *”Ansatte må med de økonomiske rammene og (...) i en ”markedsorientert tid” (...) følgelig være ”(...) at også dette sykehuset må prioritere og velge mellom mange verdier som står like høyt rangert”.*

At også toppledelsen identifiserer verdikonfliktene og dilemmaene en mellomleder står i kan illustreres ved sitatet fra sykehusets direktør (til mellomlederne) *”Det er krigens dør (...)”*. Nærmere drøfting av temaet følger videre i kapitlet.

Verdikonflikter - i personalpolitikken

Vi kan her spørre om hvordan kjerneverdiene nedfelles i personalpolitikken. Institusjonen viser, i sykehusets målsetting til at man ønsker å ha en *verdiforankret personalpolitikk*.

Med en ”verdiforankret personalpolitikk” signaliserer institusjonsledelsen at kjerneverdiene skal nedfelles i praksis, også i personalpolitikken. Som omtalt tidligere (jf. kp 3) signaliserer verdiforklaringene til sykehusets kjerneverdier (spesielt ”respekt” og ”tjeneste”) klart at også de ansatte er målgruppe for kjerneverdiene i praksis. Dette forplikter toppledelsen. Ved å spørre personalet kan man få innblikk i hvordan kjerneverdiene oppleves og anvendes i praksis.

Mellomlederne gir eksempler på verdikonflikter. Et eksempel er deres opplevelse av *”rovdrift på personalet”*, som en leder kaller det. Sykehuset tillater f.eks. 120 % pasient -overbelegg på postplan over tid. Ansatte og mellomleder opplever dette som *”rovdrift på personalet”*. Om denne situasjonen sier flere ledere dette: *” At verdiene kommer så veldig til kort, når man på*

en måte godtar sånne ting”. At toppledelsen også etter en tid så denne konflikten og belastningen for personalet - og gjorde noe med situasjonen belyser mellomlederne: ”Nå er det jo gjort noe med situasjonen, etter (lang tid)..”

Vi ser her at det handler om mellomlederens utfordringer og arbeidssituasjon der` lederen arbeider i en pressituasjon mellom *effektiv ressursutnytting* (med styring fra NPM) - og god personalomsorg (jf. kp 2.1.5)

En mellomleders verdidilemma - mellom ansatte og driften

Når en leder må prioritere driften og kvaliteten ”oppover” til toppledelsen (i forhold til økonomi) vil dette stå i sterk kontrast til personalet som ofte ønsker en annen kvalitet, eksempelvis i forhold til bemanningssituasjonen på avdelingen. En leder forteller om situasjonen med lojaliteten ”oppover” til fordel for lojaliteten ”nedover” til personalet:

”Kvalitet”, det tror jeg er mellomlederens dilemma. Det vil aldri bli samsvar mellom ”god kvalitet” (i forhold til å holde budsjettet) som vi skal rapportere ”oppover” sammenlignet med den kvaliteten til personalet. Så får vi ros for den kvaliteten fra ledelsen, men ikke ros ”fra gulvet”. Vi er jo pålagt at lojaliteten vår skal ligge ”oppover”, og så skal vi ikke glemme den ”nedover”. Vi sitter i et ledelseshierarki, hvor linjene er gitt, og da må man akseptere – og må ta noen upopulære valg”.

Vi ser her lojalitetskonflikten som en mellomleder ofte står i. Det handler om verdier som er på spill og hvor lojaliteten må gå mange ganger må gå ”oppover”. Lederen viser til det hierarkiske systemet i en sykehusorganisasjon der` toppledelsen på det institusjonelle nivået har autoritet og ansvar for bl.a. budsjettarbeid og langsiktig planlegging (jf. kp 2.1.4) og en mellomleders lojalitet derfor først og fremst må gå denne veien i ledelseshierarkiet.

Aadland (2000) peker på at man *”i gitte situasjoner må prioritere visse verdier (”f.eks. økonomiske hensyn”) fremfor andre*. Dersom disse verdiene i utgangspunktet er like høyt rangert, befinner man seg i en *verdikollisjon*, noe som er et annet ord for etisk dilemma”(ibid:16). En mellomleder kan føle verdikollisjonen i forhold til personalet sitt men vet at prioriteringen av verdier i visse tilfeller må gå ”oppover”.

Verdikonflikter – objektivisering av mennesket

Et talende eksempel som synes urovekkende nettopp i en verdibasert organisasjon er følgende som en mellomleder forteller: *” Det var noe som ble kalt en ”satellitt -prosedyre”.. Ja, bare det å kalle pasienter for ”satellitter”*. Denne uttalelsen viser til beskrivelser av pasienter som

”satellitter”, skrevet i et av sykehusets interne informasjonsblader. Dette synes her å være et utslag av den nyere informasjons- og kommunikasjonsteknologien som også forekommer i helsesektoren. Det kan her være brukt et teknologisk språk som signaliserer at mennesket er et begrep eller ting, et *middel* til noe. Dette utsagnet kan vise til en økonomisk retorikk som synes å redusere mennesket, dvs. pasienten, til en ting. I denne sammenheng synes det å være *de teknologiske/økonomiske verdiene* som er styrende på dette verdibaserte sykehuset. På denne bakgrunnen synes det forståelig at nettopp flere ledere står frem og virker engasjerte og til dels opprørte i forhold til tematikken om institusjonens høyprofilerte kjerneverdier som ikke nedfelles slik som forventet i organisasjonen.

Det dreier seg om det humanistiske og kristne menneskesynet i stor konflikt med det teknologisk/økonomiske menneskesynet i en verdibasert institusjon.

Henriksen og Vetlesen påpeker at menneskesynet vårt er med på forme våre holdninger - og at vi kan sjekke dette ved å se på hvordan vi vurderer mennesker i ulike situasjoner (ibid 2006: 71ff). Dette kan relateres til nettopp måten pasienten/mennesket blir vurdert på når det kalles for ”satellitter” i sykehusets informasjonsblad.

Om verdibevissthet - verdier i markedsspråket

Ideen om at språket vi bruker er avgjørende for hvordan vi ser verden, er langt fra ny, sier La Pedersen om temaet ”Managementsspråk, etikk og retorikk”. Han påpeker følgende:

”I nyere management-litteratur har det (...) dukket opp en rekke interessante og tankevekkende bidrag som søker å forklare den hyppige forekomsten av uetisk atferd i arbeidslivet med referanse til det tankegods som formidles i økonomisk utdanning, som øver kraftig innflytelse på arbeidslivet både med tilstedeværelse av personer med økonomisk utdanning på ulike nivåer – og ved at de fleste organisasjoner i stor grad er organisert og ledet etter prinsipper, teorier og verdier som er fremkommet av økonomisk forskning” (Pedersen i Nordhaug/Kristiansen 2008: 123ff).

Også innen denne verdibaserte omsorgsinstitusjonen synes managementfilosofien med dens føringer å signalisere nettopp verdikonflikter. Noen tydelige eksempler på dette fremkommer fra informantene i fokusgruppene. Dette synes å peke på usynlige verdier som bl.a. et tilsynelatende inhumant menneskesyn: et teknologisk/økonomisk menneskesyn. Et menneskesyn som blant annet reduserer mennesket til en ting, et instrument eller *middel* til noe.

Toppledelsens ansvar for å nedfelle kjerneverdiene i praksis

Innen verdibasert ledelse har toppledelsen en spesiell oppgave i forhold til å realisere sykehusets ønskede verdier. Thyssen (2008) sier det slik:

”Skal verdier overbevise må de være levende integrert i organisationen. Det kræver at ledelsen der tegner organisationen som helhed går i spidsen og demonstrerer, symbolsk og reelt, at værdierne betyder noget – at de gør en forskel. En virksomhed som vil markere sine værdier, kan kun gøre det, dersom ledelsen akcepterer dem og viser det”.

(ibid: 269).

Thyssen sier videre at å arbeide med verdier betyr å påta seg en større sensibilitet, som betyr at man er oppmerksom på forhold som er usynlige (f.eks. *økonomi*, egen tilføyelse). Og at man ved å gå i dialog med ansatte, kunder etc. kan bli oppmerksom på forhold som først vil vise seg i regnskapet år senere. Men problemet er, ifølge Thyssen, at verdier ikke tillater enkle beregninger eller sammenlikninger med andre verdier, men må følges opp med nettopp en sensitivitet (ibid: 186). Dette gjelder for eksempel i forhold til verdien *økonomi* som i høy grad er en styrende faktor, også i helsevesenet.

Vi ser her og fra annen teori (jf. kap 2) at det nettopp påhviler overordnet ledelse et stort ansvar og oppgave med hensyn til å være *veiviser* i forhold til en institusjons kjerneverdier. Det gjelder konkret også om ” (...) at følge værdierne til dørs”, som Thyssen beskriver det. Dette betyr at ledelsen konkret og praktisk må følge opp verdiene i praksis, i forhold til bl.a. mellomlederne, på avdelingsplan.

Den symbolske makten i verdibasert ledelse

Som nettopp nevnt (i sitatet av Thyssen) har toppledelsen en symbolsk oppgave i forhold til å representere kjerneverdiene. Det dreier seg om at ledelsen har en symbolsk funksjon og derav også en symbolsk maktposisjon i forhold til å fronte kjerneverdiene i organisasjonen.

Sykehusets direktør vil i kraft av sin posisjon og myndighet som toppleder i utgangspunktet inneha ulike kontroll- og maktfunksjoner i forhold til ansatte i organisasjonen. Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2006) kan man skille mellom 8 ulike former for makt. Det vil si: *posisjonsmakt, tvangsmakt, kontroll over materielle ressurser og belønning, kontroll over informasjon og kunnskap, sosial og normativ makt, allianser og nettverk, tilgang til og kontroll over agendaer - og personlig makt*”. Det kan også følge *symbolsk makt* med en posisjon i et

hierarki uavhengig av hvilken formell makt som er lagt til posisjonen (Jacobsen/Thorsvik: 164ff).

Som direktør på dette verdibaserte sykehuset og som selv har initiert de respektive kjerneverdiene (2001) ” innehar lederen en spesiell definisjonsmakt i forhold til kjerneverdiene. Nettopp derfor vil topplederen, for de ansatte, være en viktig symbolbærer for organisasjonens viktige kjerneverdier. Også innen verdibasert ledelse vil det være snakk om *makt* og maktposisjoner i organisasjonens hierarki. Men det vil her dreie seg om en spesiell *symbolsk makt* som toppleder og overordnet har, fordi topplederen er symbolbærer i forhold til kjerneverdiene i organisasjonen (jf. Jacobsen/Thorsvik 2006: 164ff og kp. 2.1.4)).

Ledelsens forventninger til ansatte

Det er organisasjonsledelsen som markedsfører institusjonens kjerneverdier og idègrunnlag - og som eksplisitt forventer at de ansatte ”følger opp” kjerneverdiene i praksis. Blant annet ønsker institusjonsledelsen at de ansatte både er bevisste om – og kritisk vurderer kjerneverdiene i praksis. Dette formuleres tydelig i bl.a. ”Strategiplanen” (2006-2008), ”strategiske mål”: ” *Ansatte settes i stand til å forankre institusjonens verdigrunnlag i den daglige praksis, (...) bevisstgjøres om konfliktforholdet mellom økonomisk effektivitet, faglige kvalitetskrav - og grunnleggende menneskelige rettigheter* ”.

I ”Etikkveilederen”(2007) sies det:

”Det forventes (...) engasjement og aktiv innsats fra alle slik at vi sammen kan realisere sykehusets kjerneverdier. Lojalitet til sykehuset og (...) verdigrunnlaget forventes fra alle ansatte. Lojalitet vil si å sørge for å uttrykke egne synspunkter der det etterspørres (...). Å være lojal kan innebære å ha en konstruktiv meningsutveksling i diskusjoner, men respekt for at resultatet ikke blir eget førstevalg (...).”

Vi ser her at de ansatte er pålagt et stort pliktansvar i forhold til å være aktivt engasjerte i kjerneverdienes nedfelling i praksis og at deres verdikritikk også etterspørres. (jf pkt 4.1.1)

Verdibasert ledelse – og etiske og moralske utfordringer?

Som bakgrunn for denne tematikken er det viktig å ha i mente både verdibasert ledelse - og spørsmålet: *Hvordan følger organisasjonen opp sine kjerneverdier?* (Aadland 2006: 31)

Beyer (2006) påpeker viktigheten av ledelsens oppgave i å være ”verdibærer” i VBL:

”Værdibaseret ledelse handler i høy grad om at skabe helhed”(...). Ledelsens opgave bliver

derfor at skape engagement om de verdier og mål, som medarbejderne skal orientere sig efter, at gjøre dilemmaer og prinsipper klare samt at tydeliggjøre det ansvar, som følger med øget disposisjonsfrihet (Beyer 2006: 113).

Toppledelsens støtte til ansatte i hverdagen – vedrørende etiske problemstillinger

Det gis formell støtte gis i form av følgende tilbud: Skriftlig informasjon med hjelp og råd ved etiske problemstillinger, i form av en intern ”*Etikkveileder*”(revidert 2007). Denne gir råd til egen etiske refleksjon og beslutning på et generelt grunnlag. Ellers fins det konkrete tilbud om fagfolk på sykehuset som den enkelte selv kan ta kontakt med for å få råd i konkrete situasjoner. Det være seg prestetjeneste, diakonisykepleiere og en klinisk etikk-komite (KEK). Sykehuset sier følgende om behovet for å trenge hjelp i vanskelige etiske situasjoner:

”Når utfordringene blir kompliserte og sammensatte, når det ikke er lett å se hva som er en rett og god handling, er det nemlig nyttig å ha noen å snakke med som kan bistå i sorterings- og analysearbeidet” (Sykehusets interne informasjonsavis, juni 2007).

Nettopp det å ha noen å konsultere ved vanskelige etiske dilemmaer er viktig i hverdagen, ikke minst for mellomlederne. Dette har sykehuset i stor grad prøvd å tilrettelegge for. Men vi kan spørre om det trengs flere møteplasser for felles tverrfaglige refleksjoner, hvor man kan ta opp verdidilemmaer og drøfte kjerneverdienes funksjon.

Hvordan opplever mellomlederne og sykepleierne støtten i hverdagen i forhold til etiske dilemmaer de må håndtere?

De kliniske sykepleierne synes i stor grad å ha fått tilrettelagt for nødvendige fagfora, møteplasser eller individuell veiledning i forhold til deres behov for etisk drøfting om vanskelige fagtema i hverdagen. De etterlyser imidlertid et forum med leder der de kan drøfte ”gode kollegiale samarbeidsforhold” i jobben. Dette synes å være nødvendig også med henblikk på at det på flere av avdelingene fins uformelle fora der frustrasjoner og noe baksnakking finner sted.

Mellomlederne synes å signalisere at de i noen grad mangler støtten fra øverste ledelse. Flere føler at de står mye alene i deres vanskelige mellomlederposisjon. Imidlertid er de vant til å mestre dette på egen hånd. De tar ansvar å søke støtte blant kolleger og nærmeste overordnede klinikkledelse, og lokalt sett føler de seg delvis *sett* av medarbeiderne. Mellomlederne tilkjennegir at det hadde vært ønskelig med *faste møteplasser*, spesielt i forhold til toppledelsen og de dilemmaene som kun toppledelsen kan løse med henblikk på økonomi.

Mange verdier synes å råde i ledernes hverdag fra alle åpne og ønskede verdier bl.a. kjerneverdiene og ”økonomi” til tilsynelatende mer *skjulte* verdier som eksempelvis baktalelse, unnfallenhet etc. *Unnfallenhet* kan være en ”skjult” verdi som kanskje gjør seg gjeldende når mellomledere eksempelvis unngår å ta opp viktige verdidilemmaer direkte med ledelsen. Mellomlederne opplever at toppledelsen, i møtet med dem, først og fremst synes å fokusere på de *økonomiske verdiene*.

5 KONKLUSJON

Problemstillingen for denne oppgaven er: Hvilken betydning har verdier i en helseinstitusjon?

- med fokus på samhandlingen mellom mellomleder og personal.

Med bakgrunn i at man i verdibasert ledelse har lederskap som skal bære kjerneverdiene ut i institusjonen, inspirere de ansatte og målbære omsorgstjenesten som ytes, forventes verdiene å spille en stor rolle. Slik er det også på Sykehus X. Institusjonsledelsen har gode verdi-intensjoner (jf. sykehusets ide-grunnlag (vedlegg 1) og ”Etikkveilederen”(2007) - og kjerneverdiene nedfelles på mange måter i organisasjonen. I undersøkelsen viser flere mellomledere til at sykehuset ”flagger verdiene høyt” og sykepleiere som sier: ”det sitter noe i veggene, å kunne oppføre seg etter disse verdiene”. Ja, kjerneverdiene nedfeller seg i praksis. Men vi kan spørre i hvilken grad de nedfeller seg?

Analysen viser først og fremst at ledere og kliniske sykepleiere har en generell god etisk bevissthet med henblikk på omsorgsverdier (alle var sykepleiere og kjent med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere).

Ellers viser analysen at mellomlederne spesielt har et stort fokus på kjerneverdiene i arbeidet deres, også med henblikk på personalrelasjonen til sykepleierne. ”Tjeneste”- verdien spesielt er ikke uten videre uproblematisk å forholde seg til, fordi den har et diakonalt uttrykk som kan provosere. Fordi den synes å kreve *noe mer* enn vanlig ”service” av mellomlederne. ”Service” er den allmenne forståelsen av ”tjeneste”- verdien, som beskrevet i institusjonens ide-grunnlag. Hos de kliniske sykepleierne har ”respekt” og ”kvalitet” generelt en stor plass mens kjerneverdiene ”rettferdighet” og ”tjeneste” har mindre betydning. Årsaken kan synes å være generelt lite kunnskap om kjerneverdiene, at de verbaliseres lite på avdelingsplan – og at ”tjeneste”- verdien er vanskelig å forstå da den oppleves diakonalt rettet.

”Tjeneste” – verdien viser seg å være den vanskeligste kjerneverdien for nesten samtlige ledere og sykepleiere å forholde seg til, også relasjonsmessig. Dette synes å fordre at den diakonale institusjonen har en utfordring i forhold til å formidle og inspirere de ansatte spesielt i forhold til ”tjeneste”- verdien.

Analysen viser i tillegg at det sannsynligvis finnes en mangel på løpende verdi-dialoger mellom ledelsen og mellomlederne - og manglende fora for verdi-dialoger på postplan, dvs. mellomleder og sykepleiere imellom. Ellers synes analysen å vise til at viktige verdier, bl.a. kjerneverdiene, i stor grad synes å være på spill på det verdibaserte sykehuset, der

markedskreftene også rår med sin resultatorienterte effektivitetspolitikk. Analysen viser til flere eksempler på etiske dilemmaer i organisasjonen mellom eksempelvis økonomi vs. kvalitet – og økonomi vs. ivaretagelse av ansatte.

Hypotesespørsmålet mitt i undersøkelsen har vært: Organisasjonens kjerneverdier påvirker samhandlingsrelasjonen i de operative enhetene, til mellomledere og sykepleiere imellom, slik det er nedfelt i sykehusets målsetting. Svaret mitt vil i stor grad bli et ja. Kjerneverdiene nedfeller seg i stor grad fra mellomleder til medarbeiderne. Det vil si at de fleste kjerneverdiene er synlige for de kliniske sykepleierne i arbeidsdagen. I forhold til relasjonen fra sykepleiere til leder synes kjerneverdiene i noen mindre grad å være synlige for lederen. Det dreier seg konkret om nedfellingen av verdiene: ”rettferdighet” og ”tjeneste” der leder opplever at de kliniske sykepleierne ved flere anledninger ikke viser disse verdier i samhandlingsrelasjonen.

Ut ifra dette mener jeg man kan konkludere med at verdier, og i særdeleshet kjerneverdiene, har en stor betydning i relasjonssammenheng mellom mellomleder og kliniske sykepleiere.

6 ANVENDELSE

Materialet i oppgaven peker på muligheter for videre forskning. Da det tilsynelatende har vært jobbet lite systematisk og langsiktig med tematikken ”Hvordan realiseres verdier i praksis - i samarbeidet mellom leder og medarbeider” synes undersøkelsen min å kunne bidra med ny kunnskap på dette området. Undersøkelsen kan kanskje være et konkret bidrag til den videre verdidiskusjonen på sykehus X, også som ledd i en videre prosess i forhold til en løpende verdi-dialog og verdikritikk i institusjonen. En verdikritikk i forhold til kjerneverdiene og viktige konkurrerende verdier som nedfelles i organisasjonen, også i forhold til samhandling ansatte imellom.

7 SAMMENDRAG

I dette kapitlet vil jeg gi et kort sammendrag av oppgaven. Verdier, og i særdeleshet en omsorgsinstitusjons kjerneverdier har stor betydning for både institusjonens identitet, dens tjenester og i samhandlingsøyemed ansatte imellom.

Hensikten med denne oppgaven har vært å belyse hvilken betydning verdier har i en diakonal omsorgsinstitusjon som har verdibasert ledelsesstrategi som grunnlag for alle tjenester som ytes - og for samhandlingen ansatte imellom.

Som det fremgår av drøftingskapitlene har jeg for det første avdekket at verdibevisstheten hos mellomledere og kliniske sykepleiere i organisasjonen generelt er ganske bra i forhold sykehusets kjerneverdier og de profesjonsetiske verdiene innen omsorgstjenesten. Spesielt synes mellomlederne å fremstå som meget verdibeviste i ledelses- og samarbeidsøyemed, både i forhold til personalrelasjonen og i forhold til et overordnet organisasjonskritisk syn på viktige konkurrerende verdier som preger organisasjonen. For det andre har jeg i forhold til de kliniske sykepleierne gjort følgende funn: Et tilsynelatende lite bevisst forhold til verdienes betydning i samarbeidsøyemed i forhold til leder på postplan, et stort personlig engasjement i forhold til verdidiskusjoner (i fokusgruppen) - og et ønske om et større fokus på og bevisstgjøring i forhold til organisasjonens kjerneverdier og deres praktiske betydning i arbeidsdagen, ansatte imellom. På bakgrunn av disse funnene mener jeg å ha belyst hvilken betydning verdier har i en helseinstitusjon, også med henblikk på samhandlingen leder og sykepleiere imellom.

LITTERATURLISTE

Aadland, Einar (2000): *Ledelse og etikk*. Et hefte i NKIs ideologi- og etikkkurs. Oslo: Norsk Kommuneforbund.

Aadland, Einar (2006): *Verdibasert ledelse i praksis. En studie av 8 medlemsvirksomheter i HSH*. Seksjon for verdibasert ledelse. Diakonhjemmets Høgskole.

Asheim, Ivar (1991): *Øyet og horisonten – grunnproblemer i aktuell etikkdebatt*. Oslo: Universitetsforlaget.

Asheim, Ivar (2005): *Verdirealisering: Til det gode? Studier i verdietikk*. Oslo: Unipub forlag.

Begley, Paul T.(1999): *Values and educational leadership*. New York: State University of New York Press, Albany

Berg, Morten Emil (2008): *Ledelse – verktøy og virkemidler*. Oslo: Universitetsforlaget.

Beyer, Peter (2006): *Værdibaseret ledelse. Den ældste vin på den nyeste flaske*. København: Forlaget Thomson.

Bolman, L.G. og Deal, T.E. (2004): *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse- struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Bourdieu, Pierre (1999): *Meditasjoner*. Oslo: Pax Forlag A/S.

Christoffersen, Svein Aa. (2005): *Handling – Person – samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Christoffersen, Svein Aa.(red.) (2005): *Profesjonsetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Eide, Solveig B., Grelland, Hans H., Kristiansen, Astrid, Sævareid, Hans I., Aasland, Dag G. (2003): *Fordi vi er mennesker. En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Eide, Tom og Eide, Hilde (2008): *VERDIEN AV EN VERDI-INTERVENSJON. En studie av verdiarbeid i et norsk sykehus. Oslo: Forskningsrapport nr. 2.*

Everett, Euris L. og I Furseth (2006): *Masteroppgaven. Hvordan begynne – og fullføre.* Oslo: Universitetsforlaget.

Eriksen, Erik Oddvar (2000): *Kommunikativ ledelse – om styring av offentlige organisasjoner.* Bergen: Fagbokforlaget.

Fløistad, Guttorm (1991): *Kunsten å omgås hverandre. En bok om ledelse, bedriftskultur og etikk.* Oslo: Gyldendal.

Grimen, Harald (2001): *tillit og makt- tre sammenhengar.* Artikkel i Tidsskrift for Norges Lægeforening nr. 30, 121: 3617-9.

Henriksen, Jan O og Vetlesen, A.J. (2006): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Hetland, Hilde (2004): *Leading to the extraordinary? Antecedents and outcomes of transformational leadership.* Bergen: Faculty of Psychology, University of Bergen.

Jacobsen, Dag I. og Thorsvik, J. (2006): *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse.* Bergen: Fagbokforlaget.

Johannessen, Kai I. og Schmidt, U. (red.) (2002): *Verdier – flerfaglige perspektiver.* Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Krueger, Richard A (1994): *A Practical Guide for applied Research.* Thousand Oaks: Sage Publications.

Kvale, Steinar (1998): *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.

Løgstrup, Knut E (1971): *Etiske begreper og problemer. I: G. Wingren (utg.): Etikk og kristen tro.* Lund: CWK Gleerup 1971, s. 205-286.

Morgan, David L. (1997): *Focus groups as qualitative research*. California: Sage Publications, Inc.

Nordhaug, Odd og Kristiansen, Hans-Ivar (red.) (2008): *Retorikk, etikk og arbeidsliv*. Oslo: forlag 1.

Nortvedt, Per og Grimen, Harald (2004): *Sensibilitet og refleksjon - filosofi og vitenskap For helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norske Synonymer blå ordbok (2007). Oslo: Kunnskapsforlaget

Norsk Sykepleierforbund (2007). *NSFs yrkesetiske retningslinjer*. Oslo.
<http://www.nosf.no/fag/etikk>

Nøtnæs, Tore (2001): *Innføring i bruk av fokusgrupper*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, Seksjon for statistiske metoder og metoder og standarder (2001/24).

Quivey, Martha (1998): *Ledelse er vekst: en innføring i administrasjon og ledelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ramsland, Helge og Skorstad, Egil J (2004): *Privatisering fra innsiden. Om sammensmeltingen av offentlig og privat organisering*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruyter, Knut W., Førde R., Solbakken, Jan H. (2005): *Medisinsk etikk - en problembasert tilnærming*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Selznick, P.(1997): *Lederskap*. Tano Aschehoug.

Skogstad, Anders og Einarsen, Ståle (red.) (2002): *Ledelse på godt og vondt - effektivitet og trivsel*. Bergen: Fagbokforlaget.

Slettebø, Å. og Nordtvedt, P. (red.) (2006): *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Strand, Torodd (2007): *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sørhaug, Tian (1996 og 2003): *Om ledelse. Makt og tillit i moderne organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sørhaug, Tian (2004): *Managementalitet og autoritetens forvandling. Ledelse i en kunnskapsøkonomi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Sykehus X (2007): *Etikkveilederen*.

Thylefors, Ingela (1991): *Lederskap i vård, omsorg och utbildning*. Finland: Natur och kultur.

Thyssen, Ole (2007): *Værdiledelse – om organisationer og etikk*. København: Nordisk Forlag A/S

VEDLEGG

Vedlegg 1:

Ide`-grunnlaget til sykehus X – og institusjonens kjerneverdier

Nestekjærligheten, som uttrykt gjennom fortellingen om den barmhjertige samaritan, ligger til grunn for formuleringen av sykehusets fire kjerneverdier: *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*.

De verdiene som sykehuset ønsker skal ligge til grunn for sykehusets virksomhet er:

Respekt: Hver enkelt pasient og pårørende skal møtes med den respekt som alle mennesker fortjener – fordi hvert individ er unikt. Dette er særlig viktig når vi står overfor mennesker i en sårbar situasjon.

Kvalitet: Ordet omfatter faglig kyndighet, kreativitet, teamarbeid og tverrfaglighet for å oppnå best mulig resultater for pasienter og pårørende.

Tjeneste: I dette ligger service, høflighet, tilgjengelighet og barmhjertighet i møte med så vel pasienter og pårørende som kolleger og samarbeidspartnere.

Rettferdighet: Vi skal utføre de tjenester som våre pasienter og pårørende har rett på, og målbære utsatte gruppers situasjon i dagens helsevesen.

Vedlegg 2:

INVITASJON TIL DELTAKELSE I PROSJEKT

Oslo, 25.06.08

”Hva er verdiene verdt i praksis?”

”På hvilken måte kommer verdiene til syne i en helseorganisasjon?

- med fokus på samhandlingen mellom enhetsleder og personal ”

Jeg er en sykepleier som tidligere har jobbet på sykehus X. Nå jobber jeg, deltid, som psykiatrisk sykepleier, samtidig som jeg tar en masterutdanning.

Jeg er masterstudent i Profesjonsetikk og diakoni, på Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo. I forbindelse med mine studier skal jeg lage en masteroppgave hvor jeg ønsker deltakelse fra dere som er enhetsledere - og kliniske sykepleiere på sengepostene (på avdeling (...)). Jeg vil her gi en kort informasjon om mitt prosjekt og invitere dere til å delta.

Hensikten med prosjektet er å fokusere på verdier og deres synliggjøring i praksis, mer spesifikt i den travle hverdagen der` enhetsleder og personal (kliniske sykepleiere) samhandler med hverandre. Det vil si i spenningsfeltet mellom pasientene og de rammebetingelsene dere arbeider innenfor.

Jeg ønsker å undersøke lederes og ansattes forståelse av verdier, ledelse og samarbeid og hvordan dette kommer til uttrykk i praksis.

Jeg har valgt å foreta undersøkelsen på sykehus X, en organisasjon som i flere år har vært opptatt av å profilere sine kjerneverdier både innenfor og utenfor organisasjonen.

Jeg ønsker å intervju sykepleiere (enhetsledere og kliniske sykepleiere) fra tidligere nevnte sengeposter. Selve undersøkelsen foretar jeg gjennom to gruppeintervjuer, der jeg leder hver gruppe i forhold til oppsatte intervju spørsmål.

- Den ene gruppen A): En gruppe enhetsledere (6-9 pers.).

- Den andre gruppen B): En gruppe kliniske sykepleiere (6-9 pers.) fra forskjellige avdelinger.

Hjelpemidler jeg ønsker å bruke er: båndopptaker og strukturerte intervju spørsmål (evt. en observatør), samtidig som jeg gjør meg litt notater underveis. Hvert intervju vil ta ca. 1 ½ t.

Tid: 28.08.08 (kl.10.00 -ca.11.30) for enhetslederne; 09.09. (kl.12.30 -ca.14.00) for sykepl.gr.

Sted: Gruppeintervjuene vil foregå i 3. etasje, rom 10, på sykehus X.

Dere er frivillig med i undersøkelsen og kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke dere ut. Alt materialet jeg bruker i undersøkelsen vil bli konfidensielt behandlet og fullstendig anonymisert. Det betyr at det kun er jeg som vet hvem den enkelte av dere er, og at uttalelsene dere gir meg vil bli anonymisert i forhold til bruk i oppgaven. Gjennom hele undersøkelsen og ferdigstilling av oppgaven vil notater og ”intervju-kassetter” være trygt og forsvarlig innelåst. Når prosjektperioden er ferdig (juni 09) vil alt materiale bli makulert.

Prosjektet er tilrådd av Forskningsutvalget ved sykehus X v/ Kåre B. Hagen og av

Personvernombudet for forskning hos Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Jeg håper dere er villig til å delta i mitt prosjekt. Hvis dere vil delta i undersøkelsen, ber jeg dere underskrive på det skriftlige samtykket.

Min veileder er professor Ulla Schmidt, tilknyttet Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo.

(Tlf: 92295225).

Jeg svarer gjerne på spørsmål om undersøkelsen og kan treffes på Tlf. 47302580. Mail-adresse er: anneni@broadpark.no

Med vennlig Hilsen,

Annegrethe Nielsen

Vedlegg 3:

INFORMERT SAMTYKKE

Jeg er skriftlig og muntlig gjort kjent med Annegrethe Nielsens prosjektarbeid ved mastergradsstudiet i Profesjonsetikk og diakoni ved Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo.

Jeg vet at deltakelsen i undersøkelsen er frivillig, og at jeg når som helst kan trekke meg uten at det medfører negative konsekvenser for meg. Jeg er kjent med at min anonymitet ivaretas og at alle dataene behandles konfidensielt.

Jeg aksepterer/aksepterer ikke at båndopptaker blir brukt under intervjuene.

Jeg gir mitt samtykke til å delta i undersøkelsen.

Dato.....

Underskrift.....

Vedlegg 4:

SPØRSMÅL TIL INTERVJUGUIDE (2008-08-28)

(Til enhetslederne):

A) (**Åpningsspørsmål**):

- Kan du si litt om hvem du er og hva du gjør på jobben din (og evt. tidligere ledererfaring).

B) (**Introduksjonsspørsmål**):

- Hva tenker du på når du hører begrepet : ”Verdi” ?

(Nøkkelspørsmålene):

Institusjonen (sykehus X) har følgende 4 kjerneverdier: *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*.

1) Når og hvordan ble du som leder gjort kjent med disse verdiene?

- Er det noe som har vært tatt opp i organisasjonen etter at dere første gang hørte om dem? (evt. når?)

2) Kan du tenke igjennom de 4 verdiene, og for hver verdi prøve å skrive noen stikkord.

- Hvilke verdier synes du er de viktigste å lede avdelingen ut ifra?
- Er der evt. andre verdier som er viktige å nevne, evt. ut ifra yrkesetiske retningslinjer ?)

3) Kan du fortelle om hva du forbinner med sykehusets 4 kjerneverdier?

(verdienei: *respekt, kvalitet, tjeneste og rettferdighet*..):

- Hvis du, i jobbsammenheng, tenker deg verdien: ”RESPEKT”, hva forbinder du med denne verdien?
- Hvordan opplever du å handle i samsvar med denne verdien i praksis?

- Hvordan tror du ansatte merker dette?
- Hvordan opplever du dine ansattes personlige innstilling til organisasjonsverdiene?

4) I tilfelle du opplever gap mellom ønskede verdier og virksomhetens/avdelingens praksis, hva består gapet i - og hva gjør dette med deg?

- Kan du gi noen eksempler fra hverdagen på forskjellige verdier som skaper utfordringer, evt. konflikter? Hva gjorde du? (Hva tenkte du da?) Hva tenker du nå?

5) På hvilken måte løser du etiske og moralske spørsmål? (Finnes der ”Møteplasser” på arbeidssstedet for å diskutere situasjoner du opplever?)

6) På hvilken måte håndterer organisasjonen arbeid med det eventuelle spennet mellom de ansattes individuelle verdier og lojalitet til organisasjonsverdiene?

((7) (Evt.: Hva motiverer deg som leder i dag til å utøve ledelse overfor personalet ditt?)

Avslutningsspørsmål:

(Spørsmålene begynner med at jeg gir en kort oppsummering av hensikten med studien/undersøkelsen, gjerne litt lenger enn orienteringen som ble gitt i starten)

1) ”Av alt vi har diskutert, hva er viktigst for deg?”

2) ”Er det noe vi ikke har snakket om, men som vi burde ha snakket om?” (Har vi glemt noe?)

(3) Evt. ”Har dere eventuelle rettelser/tilføyelser?”

